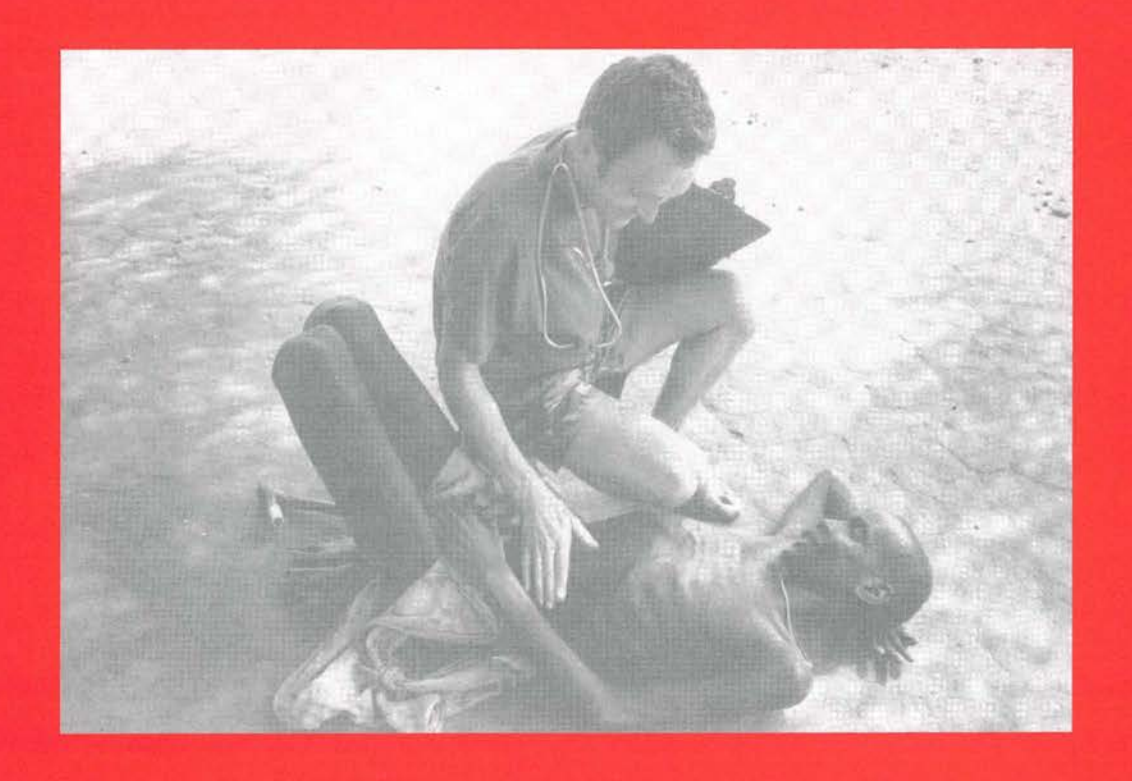


die bauchpresse

Unabhängige Studierendenzeitung der MUL   Ausgabe Nr. 14 - Januar 2000

Ausgezeichnete Operationen

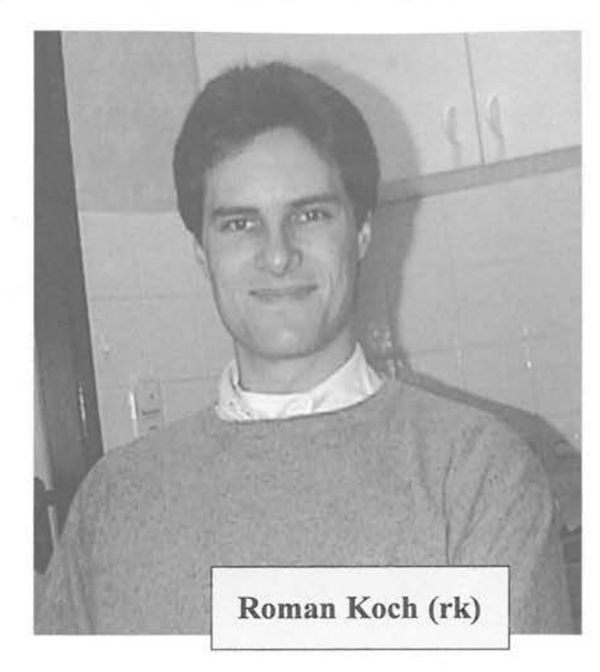


Ärzte ohne Grenzen

Für Euch getestet:
Die neuen Innere-Bücher



Julia Eppel



Roman Koch (rk)



Matthias Finell (mf)
Layout, Werbung, V.i.S.d.P

Autoren:

Marc Birnbaum, Pierre Buchholz, Jens Ebnet, EVA-Gruppe, Moritz Gerhardt, Marco Gönne, Michael Hunze, Andreas Krakau, Heli Krüger, Björn Machner, Angelika Mayer, Than Thuan Nguyen, Tonia Sohns, Dimitri Tcherkassov, Wiebke Twesten

Dank:

dem AStA für die Benutzung der Räume und Geräte, dem BücherTesterTeam fürs Testen, Maike und Björn fürs Korrekturlesen, Frau Anguria und Herrn Dr. Braun für die Interviews, Daniela für die Unterstützung



Sonja Pfäffle (sp)
Finanzen



Madlen Schümann



Inhalt

Lieber Leserinnen und Leser,

hier ist die erste *bauchpresse* nach diesem ganz besonderen Jahreswechsel. Wie Ihr bestimmt bemerkt habt, versuchen wir krampfhaft das abgeschmackte Wort „Millenium" zu vermeiden. Nichtsdestotrotz wünschen wir Euch ein Frohes Neues Jahrtausend. Der Januar ist fast vorbei und unsere guten Vorsätze schmelzen dahin: Gerne hätten wir es geschafft, eine Ausgabe der *bp* streßfrei oder zumindest streßarm in Druck zu geben. Fehlanzeige: Wir sitzen wieder einmal mitten im Chaos! Naja, wahrscheinlich brauchen wir dieses Chaos zum produktiven Arbeiten.

Das Titelthema befasst sich dieses mal mit „Ärzte ohne Grenzen", den „Profis der Menschlichkeit", wie sie in GEO 12/99 genannt werden.
Im vergangenen Dezember wurde ihnen in Oslo der Friedensnobelpreis verliehen. Für uns Anlaß genug, diese bemerkenswerte Organisation näher zu beleuchten.

Außerdem in dieser nunmehr 14. Ausgabe: Der große Innere-Bücher-Test, und wie gewohnt Neues aus Uni, Politik, Kultur und Ausland.

Viel Spaß beim Lesen
Eure *bp*-Redaktion

P.S. Wie war das mit Eurem Vorsatz, Euch auch außerhalb des Studiums zu engagieren?
Wir suchen immer noch neue MitarbeiterInnen.

Redaktions- und Anzeigenanschrift:
Redaktion **die bauchpresse**
Im AStA-Pavillon der MUL, Haus 24
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
Telefon: 0451-5003059 Fax: 0451-5004141
e-mail: bp@asta.mu-luebeck.de

Erscheinungsweise: einmal im Semester.
Auflage: 550 Stück.
Preis: 2 DM
Es gilt die Anzeigenpreisliste vom April 97.
Druck: Hinzke, Lübeck
Redaktionsschluß für die nächste Ausgabe ist der 01.06.2000.

Wie alles begann...

ein kurzer Überblick über die Geschichte von „Ärzte ohne Grenzen“

.1971 gründete eine Gruppe junger Ärzte in Paris die Organisation „Médecins sans Frontières “ - „Ärzte ohne Grenzen“. Die jungen Ärzte waren zuvor mit negativen Erfahrungen von einer Hilfsaktion aus dem Bürgerkrieg in Biafra und dem von einer Flutkatastrophe betroffenen Ba ngladesch zurückgekehrt. Frustriert von den begrenzten Hilfsmöglichkeiten, entschlossen sie sich, zu handeln. Ihre Vision: eine Organisation zu schaffen, die sich erstmals auf medizinische Nothilfe spezialisiert und über nationale Grenzen hinweg Hilfe leistet. Kompetenz, Schnelligkeit und Flexibilität sollten dabei die wichtigsten Kriterien sein.

In den 70'er Jahren waren Teams von „Ärzte ohne Grenzen“ bei Naturkatastrophen, bewaffneten Konflikten und in Flüchtlingslagern in aller Welt am schnellsten vor Ort. Gleichzeitig begannen die ersten längerfristigen Projekte.

1980 nahm die Organisation zum ersten Mal ihre Funktion als Sprachrohr für bedrohte Völker wahr. Es wurde der heftig umstrittene „Marsch für das Überleben Kambodschas“ organisiert. Zusammen mit berühmten Persönlichkeiten, wie Joan Beaz, Liv Ullmann, Elie Wiesel, Claude Mauriac u.a., versuchten die Ärzte die leidtragende Bevölkerung mit Lebensmitteln und Medikamenten zu versorgen. Leider gelang es nicht, die kambodschanische Grenze zu überschreiten.

Ein Jahr später erfolgten Entwicklung und Aufbau der Logistik-Abteilung, die im Laufe der Zeit immer ausgefeilter wurde. Bis auf den heutigen Tag hat sie nicht an Bedeutung verloren, im Gegenteil, sie stellt das Rückgrat eines jeden Einsatzes dar.

Weitere Meilensteine:
1982: Trockenheit, Bürgerkrieg und Flüchtlingsbewegungen in Tschad: „Ärzte ohne Grenzen“alarmiert die Öffentlichkeit.

1984: „Ärzte ohne Grenzen“ startet Ernährungsprogramme für Opfer einer Hungersnot in Äthiopien.

1985: „Ärzte ohne Grenzen“ kritisiert die Unterschlagung der humanitären Hilfe sowie die Zwangsumsiedlung der Bevölkerung durch das Mengistu-Regime in Äthiopien und wird daraufhin des Landes verwiesen.

1986:Nach einem Erdbeben in El Salvador setzen Teams von „Ärzte ohne Grenzen“ die zerstörte Trinkwasserversorgung wieder instand.

1987: Erste sozio-medizinische Projekte in Westeuropa, zunächst in Frankreich.

1988: „Ärzte ohne Grenzen“bezeugt öffentlich, daß die Truppen Saddam Husseins die irakischen Kurden mit Giftgas angegriffen haben. 5000 Menschen sterben.

MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.

1989: Erste Hilfsprogramme in Osteuropa nach dem Erdbeben in Armenien und der beginnenden Auflösung der kommunistischen Staaten.

1991: Kurdenkrise im Nahen Osten : „Ärzte ohne Grenzen“ ist in allen Ländern aktiv, die in die Krise verwickelt sind: Syrien, Türkei, Iran, Jordanien, Irak. Im Frühjahr leistet „Ärzte ohne Grenzen“ den bis dahin größten Einsatz: die aus dem Nordirak geflohenen Kurden werden in der Türkei und im Iran betreut: 57 Flugzeuge bringen 2000 Tonnen Hilfsmaterial und 150 Mitarbeiter vor Ort.

1992: „Ärzte ohne Grenzen“ kritisiert öffentlich die sogenannte ethnische Säuberung und Verbrechen gegen die Menschlichkeit in Bosnien-Herzegowina.

1993: „Ärzte ohne Grenzen“ prangert die Vorgehensweise der Vereinten Nationen in Somalia öffentlich an, da genau die humanitären Prinzipien verletzt werden, die der Intervention in Somalia zugrunde liegen. So wird beispielsweise das Krankenhaus von „Ärzte ohne Genzen“ durch amerikanische Truppen bombardiert. Im selben Jahr wird die Organisation für den Einsatz für Flüchtlinge auf der ganzen Welt mit der Nansen-Medaille ausgezeichnet, die durch ein Komitee unter dem Präsidium des UNO-Hochkommissariats für Flüchtlinge (UNHCR) vergeben wird.

1994: Ruanda: Das Attentat vom 6.April auf ein Flugzeug mit den Präsidenten Ruandas und Burundis an Bord führt innerhalb weniger Wochen zu einem Völkermord an bis zu einer Million Tutsi und oppositionellen Hutu. „Ärzte ohne Grenzen“ und das Internationale Komitee vom Roten Kreuz (IKRK) sind die einzigen Hilfsorganisationen, die während des Völkermords vor Ort bleiben . Zum ersten Mal ruft „Ärzte ohne Grenzen“ zu einer militärischen Intervention auf, um dem Völkermord Einhalt zu gebieten, denn „ein Genozid kann mit einer Handvoll Ärzten nicht gestoppt werden.“

Goma: Massenflucht der ruandischen Bevölkerung ins benachbarte Zaire aus Angst vor Repressalien. Ausbruch der Cholera. Eine der größten Hilfsaktionen mit zeitweise 400 internationalen Mitarbeitern und tausenden lokalen Helfern läuft an. Einige Monate später verlässt „Ärzte ohne Grenzen“ unter Protest die Lager, da sie von den ehemaligen ruandischen Machthabern und Milizen, den Tätern des Völkermords, kontrolliert werden: Flüchtlinge, die nach Ruanda zurückkehren wollen, werden gewaltsam daran gehindert, unter Druck gesetzt oder getötet, Hilfslieferungen abgezweigt und Helfer bedroht.

1995: „Ärzte ohne Grenzen“ ist die einzige private Hilfsorganisation, die nach den schweren Überschwemmungen in Korea tätig wird. 143 von 200 Distrikten der Region sind betroffen, Hunderte von Häusern sind zerstört, Lebensmittel werden knapp,



Krankheiten breiten sich aus. Zum esten Mal hat Nordkorea selbst um internationale Hilfe gebeten.

1996: Großangelegte Gelbfieber-Impfkampagne in Liberia, in deren Verlauf in drei Wochen mehr als eine Million Menschen geimpft werden.

1997: In Afghanistan kämpft „Ärzte ohne Grenzen" erfolgreich darum, den Ausschluss von Frauen zur medizinischen Versorgung in Kabul aufzuheben. Der Zugang zu Krankenhäusern bleibt für Frauen jedoch weiterhin schwierig.

1998: Im Südsudan startet „Ärzte ohne Grenzen" ein Nothilfeprogramm für die Opfer der Hungerkatastrophe. Bis Ende des Jahres werden in 18 Ernährungszentren mehr als 12.500 unterernährte Kinder versorgt.

Die Situation für die Zivilbevölkerung im Kosovo verschlechtert sich, sie werden aus ihren Dörfern verjagt, Häuser werden verbrannt und geplündert, „Ärzte ohne Grenzen" versorgt die Opfer mit mobilen Kliniken.

1999: der Bürgerkrieg im westafrikanischen Sierra Leone erreicht Ende 1998 einen blutigen Höhepunkt, als die Hauptstadt Freetown von den verfeindeten Kriegsparteien heftig umkämpft wird. Aus Sicherheitsgründen werden die Programme von „Ärzte ohne Grenzen" abgebrochen, da das Team evakuiert werden muss. Im Februar kehren fünf Ärzte in die Hauptstadt zurück, wo bereits 200 Patienten im Connaught-Krankenhaus auf eine Notoperation warten.
Im August erschüttert ein Erdbeben der Stärke 7,4 auf der Richterskala die Türkei. Bis zu 40.000 Menschen kommen ums Leben. „Ärzte ohne Grenzen" entsendet vier Teams in die Erdbebenregion, darunter auch Nierenspezialisten, die das sogenannte Crush-Syndrom behandeln. Es tritt bei Erdbebenopfern häufig auf.

Im Zuge der kriegerischen Auseinandersetzungen um die Unabhängigkeit Osttimors wird „Ärzte ohne Grenzen" Anfang September des Landes verwiesen. Zeitgleich mit der Ausweisung beginnen die Vorbereitungen zur Rückkehr. Zwei Wochen später gelingt es einem Team, Zugang zu den Bürgerkriegsopfern zu erhalten.

Am 10.Dezember 1999 wird „Ärzte ohne Grenzen" mit dem Friedensnobelpreis ausgezeichnet.

sp

Friedens-Nobelpreis für „Ärzte ohne Grenzen“

Offizielle Bekanntgabe des Nobelpreiskomitees:

Das norwegische Nobel - Komitee hat entschieden den Friedensnobelpreis 1999 an Ärzte ohne Grenzen zu vergeben, in Anerkennung der bahnbrechenden humanitären Arbeit dieser Organisation, auf mehreren Kontinenten.

Seit ihrer Gründung in den frühen 70er Jahren ist die Organisation Ärzte ohne Grenzen ihrem fundamentalen Prinzip treu geblieben, daß alle Opfer von Katastrophen, seien sie natürlichen oder politischen Ursprungs, ein Recht auf professionelle Hilfe haben - so schnell und effizient als möglich. Nationale Grenzen, politische Interessen oder Sympathien dürfen keine Auswirkung darauf haben, wem humanitäre Hilfe zukommt und wem nicht. Durch die Aufrechterhaltung eines hohen Grades an Unabhängigkeit, hat Ärzte ohne Grenzen es geschafft, diesen idealistischen Zielsetzungen gerecht zu werden.

Durch die unmittelbare und schnelle Hilfe, die Ärzte ohne Grenzen zu geben vermag, erweckt die Organisation die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit an humanitären Krisensituationen, und durch den Hinweis auf die Ursachen der jeweiligen Katastrophe hat die Organisation dazu beigetragen, die öffentliche Meinung gegen Gewalt und Machtmißbrauch zu mobilisieren.

In kritischen, von Gewalt und Brutalität geprägten Situationen, bereitet die humanitäre Arbeit von Ärzte ohne Grenzen oftmals den Boden für Verhandlungen zwischen den verfeindeten Parteien. Jeder mutige und selbstaufopfernde freiwillige Helfer ist für die Betroffenen ein Mensch, der unparteiisch ist, und mit Respekt ihre persönliche Würde anerkennt und widerspiegelt. All dies ist für die Not leidenden Menschen eine Quelle der Hoffnung auf Frieden und Versöhnung.

Anschließend Auszüge aus der Rede von James Orbinski, Präsident von Médecins sans Frontières - International, anläßlich der Preisübergabe am 10. Dezember 1999 in Oslo :

„Majestät, Hoheit, sehr geehrte Mitglieder des norwegischen Nobelkomitees, Exzellenzen, meine Damen und Herren:
[...]
Lassen Sie mich gleich zu Beginn sagen, dass wir die außerordentliche Auszeichnung, die das Nobelkomitee Ärzte ohne Grenzen verliehen hat, mit großer Dankbarkeit annehmen.
[...]
Unsere Aufgabe ist es, Menschen in Krisensituationen zu helfen. Unsere Aufgabe ist es nicht zu kämpfen. Unsere medizinische Hilfe für Menschen in Not ist ein Versuch, sie gegen die Aggression, der sie ausgesetzt sind, zu verteidigen. Humanitäre Hilfe ist mehr als pure Großzügigkeit oder Nächstenliebe. Ihr Ziel besteht darin, Nischen der Normalität inmitten des Chaos herzustellen. Über materielle Unterstützung hinaus versuchen wir, den Menschen dabei zu helfen, ihre Rechte und Würde wiederzuerlangen. Als unabhängige Freiwilligenorganisation verpflichten wir uns, Menschen in Not direkte medizinische Hilfe zu bringen. Aber wir arbeiten nicht in einem luftleeren Raum und wir sprechen nicht in den Wind, sondern wir wollen Unterstützung anbieten, Veränderung provozieren und Ungerechtigkeit anprangern. Unser Handeln und unser Reden verstehen wir als einen Akt der Entrüstung, der Weigerung, Angriffe auf die Würde Anderer zu akzeptieren.

Die Ehre, die Sie uns heute erweisen, könnte ebenso vielen anderen Organisationen oder verdienten Personen zuteil werden, die in ihrer eigenen Gesellschaft kämpfen. Aber Sie haben sich dafür entschieden, Ärzte ohne Grenzen zu würdigen. 1971 nahmen wir offiziell unsere Arbeit auf. Eine Gruppe von französischen Ärzten und Journalisten beschloss, sich als Helfer anzubieten. Ihre Hilfe hat sich immer wieder über Gesetze und Regeln in Staaten hinweggesetzt, die die Würde des Menschen direkt verletzen. Lange genug wurde Schweigen mit Neutralität verwechselt und als notwendige Voraussetzung für humanitäre Hilfe postuliert. Ärzte ohne Grenzen hat von Anfang an im Widerspruch zu dieser Annahme gearbeitet.
Wir glauben nicht, dass Worte immer Leben retten können, aber wir wissen, dass Schweigen mit Sicherheit tötet. Seit mehr als 28 Jahren fühlen wir uns dieser Ethik der Verweigerung verpflichtet. Diese Ethik bildet die Grundlage unserer Identität. Weit davon entfernt perfekt zu sein, beruht heute unsere Stärke auf den Tausenden von Freiwilligen und nationalen Mitarbeitern sowie Millionen von Spendern, die Ärzte ohne Grenzen finanziell und moralisch unterstützen. Die heutige Ehre gebührt deshalb all denen, die in irgendeiner Weise dafür gekämpft haben und jeden Tag weiter dafür kämpfen, dass so eine Organisation wie Ärzte ohne Grenzen existieren kann.

Die humanitäre Aktion setzt ein, wenn die Politik gescheitert ist oder in einer Krise steckt. Wir handeln nicht, um politische Verantwortung zu übernehmen, sondern in erster Linie, um das durch Versagen verursachte unmenschliche Leiden zu lindern. Diese Aktion muss frei von politischer Einflussnahme sein. Die Politik ihrerseits muss ihre Verantwortung annehmen, um sicherzustellen, dass humanitäre Hilfe überhaupt geleistet werden kann. Die humanitäre Aktion braucht Rahmenbedingungen, um agieren zu können.

In einem Konflikt stellt das humanitäre Völkerrecht diese Rahmenbedingungen dar. Es enthält Rechte für die Opfer und humanitären Organisationen und verankert die Verantwortung der Staaten, um sicherzustellen, dass diese Rechte eingehalten werden und um Verstöße als Kriegsverbrechen zu sanktionieren. Der Schutz durch das Völkerrecht funktioniert heute eindeutig nicht mehr. Der Zugang zu den Opfern eines Konfliktes wird den humanitären Organisationen immer häufiger verwehrt. Humanitäre Hilfe wird sogar von den kriegsführenden Parteien als Waffe benutzt. Noch größere Sorgen machen wir uns über zunehmende Militarisierung der humanitären Aktion durch die internationale Gemeinschaft.

[...]

Die Aktionen von Ärzte ohne Grenzen erfolgen nicht im luftleeren Raum sondern in einem politischen Kontext - in einer Sozialordnung, die Menschen einschließt und ausschließt, die Menschen bestärkt und erniedrigt, die schützt und verletzt. Unsere tägliche Arbeit ist stark geprägt von unserem medizinischen wie von unserem persönlichem Engagement.

Ärzte ohne Grenzen ist keine Institution und wird es hoffentlich auch nie werden. Wir sind eine Organisation der Zivilgesellschaft in einer Zeit, in der der Zivilgesellschaft eine neue globale Rolle zufällt. Sie beruft sich auf eine neue Legitimität, die ihren Ursprung hat in der konkreten Aktion und der Unterstützung durch die öffentliche Meinung. Sie hat ihren Ursprung ebenso in der Entwicklung der Menschenrechte, der ökologischen und humanitären Bewegung und natürlich in der Bewegung für eine gerechte Weltwirtschaftsordnung. Es geht nicht nur um Konflikte und Gewalt. Nur wenn wir uns über unsere Absichten klar sind, können wir als Teil der Zivilgesellschaft unsere Rolle und unseren Einfluss aufrechterhalten.

[...]



Wenn wir immer wieder betonen, dass der humanitäre Bereich vom politischen unabhängig sein muss, so tun wir dies nicht, um die „guten" Nicht-Regierungsorganisationen den „schlechten" Regierungen oder die „Tugendhaftigkeit" der bürgerlichen gegen die „Lasterhaftigkeit" der politischen Macht gegenüberzustellen. Diese Polemik wäre falsch und gefährlich. Wie die Geschichte der Sklaverei und der öffentlichen Wohlfahrt zeigt, gewinnen humanitäre Anliegen, die ihren Ursprung in der Zivilgesellschaft haben, so sehr an Einfluss, dass sie eines Tages auf der Tagesordnung der Politiker stehen. Aber diese Annäherung darf nicht über den Unterschied zwischen dem politischen und dem humanitären Bereich hinwegtäuschen. Die humanitäre Arbeit ist kurzfristig angelegt, bezieht sich auf bestimmte Gruppen und bestimmte Ziele. Dies ist gleichzeitig ihre Stärke wie ihre Schwäche. Politik kann nur langfristig erfolgen und führt ihrerseits wieder zu Gesellschaftsbewegungen. Die humanitäre Aktion ist per definitionem universell. Humanitäre Verantwortung kennt keine Grenzen. Wo auch immer in der Welt offensichtliche Not herrscht, ist es eine Aufgabe der humanitären Organisationen, darauf zu reagieren. Die Politik dagegen kennt Grenzen und ihre Antwort auf Krisensituationen wird von historischen Gegebenheiten, dem Machtgleichgewicht und Interessenskonflikten beeinflusst. Zeit und Raum der humanitären Aktion entsprechen nicht der Zeit und dem Raum des Politischen. Sie verlaufen oft in entgegengesetzte Richtung. Auf diese Weise lassen sich auch die Grundprinzipien der humanitären Aktion festmachen: Man kann Menschenleben nicht gegeneinander aufrechnen. Ein Geretteter rechtfertigt keinen Menschen, dem bewusst nicht geholfen wird. Ein Menschenleben heute kann nicht gemessen werden an seinem zukünftigen Wert, und die Linderung von Leiden „hier" kann nicht die fehlende Hilfe „dort" legitimieren. Natürlich müssen aufgrund der begrenzten Mittel Entscheidungen getroffen werden, aber Kontext und Beschränkungen der Hilfsmöglichkeiten ändern nichts an den Grundfesten der humanitären Vision, die definitionsgemäß politische Entscheidungen ignorieren muss. Die politische Natur entspricht nicht der humanitären Natur. Wo es um humanitäre





Aktion geht, hat Berechnung nichts zu suchen.

[...]

Die humanitäre Aktion hat ihre Grenzen. Sie kann kein Ersatz für politisches Handeln sein. In der Frühphase des Völkermords in Ruanda forderte Ärzte ohne Grenzen die Weltgemeinschaft auf, diesen Völkermord mit allen Mitteln zu beenden. Und dieselbe Aufforderung erging vom Roten Kreuz. Es war ein Aufschrei, der auf völlig gelähmte Institutionen traf; Eigeninteresse und die Verleugnung politischer Verantwortung wurden einfach hingenommen. Es war ein Aufschrei gegen ein Verbrechen, das wir nach den Erfahrungen des Zweiten Weltkriegs „nie wieder" hätten hinnehmen dürfen. Der Völkermord war vorbei, bevor die „Operation Turquoise" der UN begann.

Unter den geladenen Gästen möchte ich für einen Moment Chantal Ndagijimana besonders begrüßen. Sie verlor 40 Familienmitglieder während des Völkermords in Ruanda 1994. Heute arbeitet sie in unserem Brüsseler Team. Sie überlebte den Völkermord, aber ihre Eltern, Brüder und Schwestern überlebten nicht wie eine Million andere auch. Genauso wie Hunderte unserer nationalen Mitarbeiter. Ich war zu jener Zeit Projektleiter in Kigali. Es gibt keine Worte, um den unglaublichen Mut zu beschreiben, mit dem sie arbeiteten. Keine Worte, um das Grauen zu beschreiben, in dem sie starben. Und keine Worte, um das schreckliche Leid zu beschreiben, das alle Mitarbeiter von Ärzte ohne Grenzen und auch ich selbst immer in uns tragen werden.

Ich erinnere mich, dass einer meiner Patienten in Kigali zu mir sagte: „Ummera, Ummera - sha". Dies ist eine ruandische Redensart, die sich ungefähr übersetzen lässt mit „Mut, Mut, mein Freund - finde deinen Mut und halte ihn lebendig". Die Frau, die es dort im Krankenhaus zu mir sagte, war zwar nicht mit einer Machete angegriffen worden, aber ihr ganzer Körper war systematisch verstümmelt worden. Ihre Ohren waren abgeschnitten worden. Und ihr Gesicht war so sorgfältig entstellt worden, dass sich in den Schnitten ein Muster erkennen ließ. An jenem Tag wurden Hunderte Frauen, Kinder und Männer zum Krankenhaus gebracht, so viele, dass wir sie teilweise auf die Straße legen mussten. Und häufig operierten wir sie gleich dort, so dass das Wasser im Rinnstein um das Krankenhaus herum buchstäblich rot vor Blut war. Sie war eine unter vielen, die unmenschliches und unbeschreibliches Leid erdulden musste. Wir konnten in dem Moment nicht viel mehr für sie tun, als mit wenigen Stichen ihre Blutung zu stillen. Wir waren völlig überwältigt und sie wusste, dass sie eine von vielen war. Sie wusste es und ich wusste es. Sie befreite mich aus meiner eigenen unentrinnbaren Hölle. Mit der klarsten Stimme, die ich je gehört habe, sagte sie zu mir: „Allez, allez ... ummera, ummera-sha" - „los, los ... mein Freund, finde deinen Mut und halte ihn lebendig".



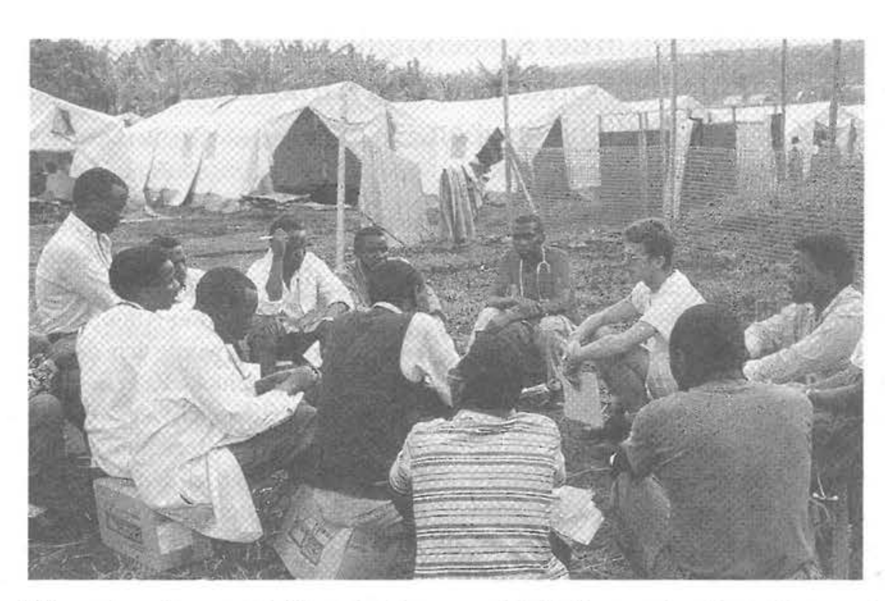
Die humanitäre Hilfe hat Grenzen. Kein Arzt kann einen Völkermord verhindern. Ein humanitärer Helfer kann weder „ethnische Säuberungen" stoppen noch Krieg führen. Kein humanitärer Helfer kann einen Frieden aushandeln. Dieses ist politische Verantwortlichkeit und keine Forderung an die Humanitären. Lassen Sie es mich ganz klar sagen: Die humanitäre Aktion ist die apolitischste von allen, aber wenn ihre Aktionen und ihre Moral ernst genommen werden, dann hat sie die weitestreichenden politischen Implikationen. Der Kampf gegen die Straflosigkeit stellt eine dieser Implikationen dar. Bestätigt wurde dies durch die Bildung des Internationalen Gerichtshofs für das frühere Jugoslawien und Ruanda sowie die Entwicklung von Statuten für einen Internationalen Strafgerichtshof. Dies sind wesentliche Schritte. Aber heute, am 51. Jahrestag der Menschenrechtserklärung, gibt es den Gerichtshof immer noch nicht, und seine Statuten wurden gerade einmal von drei Staaten ratifiziert. Bei diesem Tempo wird es noch 20 Jahre dauern, bis der Gerichtshof arbeiten kann. Müssen wir wirklich so lang warten? Wie hoch auch immer die politischen Kosten für die Errichtung eines Rechtssystems sein mögen, Ärzte ohne Grenzen kann und wird bezeugen, dass die menschlichen Kosten der Straflosigkeit unerträglich sind.

[...]

Ja, humanitäre Hilfe hat Grenzen. Sie hat auch Verantwortung. Und dabei geht es nicht nur um Verhaltensrichtlinien und technische Durchführung. In erster Linie geht es um eine in moralische Grundsätze gegossene Ethik. An dieser Stelle muss die moralische Intention der humanitären Hilfe ihren tatsächlichen Ergebnissen gegenübergestellt werden. Und an diesem Punkt weisen wir jede Form der moralischen Neutralität über das, was gut ist, zurück. Das Ergebnis kann nämlich sein, dass die humanitäre Hilfe, wie 1985 in Äthiopien geschehen, dazu benutzt wird, die Zwangsumsiedlungen zu unterstützen oder wie 1996 geschehen, ein völkermordendes Regime in den Flüchtlingscamps von Goma zu stärken. Manchmal ist es nötig, keine Hilfe zu leisten, um zu verhindern, dass sie gegen eine notleidende Bevölkerung eingesetzt wird. Ein Beispiel aus letzter Zeit: 1995 waren wir die erste unabhängige Organisation, der es gestattet wurde, in Nordkorea zu arbeiten. Trotzdem mussten wir das Land im Herbst 1998 wieder verlassen. Weshalb? Weil wir zu der Überzeugung kamen, dass unsere Hilfe nicht frei und unabhängig von politischer Einflussnahme durch staatliche Autoritäten geleistet werden konnte. Wir stellten fest, dass sich für die Bedürftigsten praktisch nichts änderte, da die Nahrungsmittelhilfe dazu benutzt wurde, ein System zu stabilisieren, das in erster Linie Gefährdung und Hunger von Millionen erzeugte. Humanitäre Hilfe muss unserer Meinung nach unabhängig



sein. Wir fordern Freiheit bei der Evaluierung, Verteilung und Kontrolle unserer Hilfe, damit den Bedürftigsten zuerst geholfen wird. Hilfe darf nicht die Ursachen der Not verschleiern und sie darf auch kein Mittel der Innen- oder Außenpolitik werden, das menschliches Leiden eher erzeugt denn bekämpft. Wo immer dies der Fall ist, müssen wir uns dem Dilemma stellen und uns fragen, ob ein Rückzug die Beste aller schlechten Optionen darstellen könnte. Ärzte ohne Grenzen stellt die Grenzen und Dilemmata der humanitären Aktion immer wieder in Frage - insbesondere wenn sich diese stillschweigend den Interessen der Staaten oder Streitkräfte unterordnet.



[...]

Die unabhängige humanitäre Aktion ist ein täglicher Kampf für Schutz und Hilfe. In den allermeisten unserer Projekte wird er nicht im Scheinwerferlicht ausgetragen und steht auch nicht im Zentrum der Aufmerksamkeit der politisch Mächtigen. Er wird ausgetragen ganz tief und ganz persönlich im zermürbenden Alltag eines vergessenen Kriegs und chronischer Not. Unzählige Menschen in Afrika vegetieren vor sich hin, obwohl der Kontinent reich an natürlichen Ressourcen und Kultur ist. Hunderttausende sind gezwungen, ihr Land und ihre Familie auf der Suche nach Arbeit oder Nahrung zu verlassen oder um ihre Kinder zu erziehen und am Leben zu halten. Frauen und Männer riskieren ihr Leben, um sich heimlich auf die Flucht zu begeben - nur um schließlich in einem der höllischen Aufnahmezentren zu landen oder um mehr schlecht als recht am Rande unserer so zivilisierten Welt zu überleben.

Unsere Freiwilligen und Angestellten leben und arbeiten mit den Menschen, deren Würde täglich verletzt wird. Diese Helfer entscheiden sich freiwillig dafür, ihre Freiheit zu nutzen, um die Welt ein bisschen erträglicher zu machen. Trotz aller großen Debatten über die Weltordnung reduziert sich die humanitäre Aktion letztlich darauf: Individuen stehen ihren Mitmenschen bei, die sich in einer unglaublich schwierigen Situation befinden. Manchmal ist es ein Verband, manchmal eine Naht, manchmal eine Impfung. Und - dies ist einzigartig für die Organisation ÄRZTE OHNE GRENZEN, die weltweit in 80 Ländern arbeitet, von denen mehr als 20 Konfliktgebiete sind - unsere Freiwilligen berichten der Öffentlichkeit, was sie gesehen haben. Sie tun dies in der Hoffnung, dass die Gewaltzyklen und die Zerstörung nicht endlos währen.

Wir möchten dem Nobelkomitee ganz besonders danken, dass sie mit unserer Auszeichnung das Recht auf humanitäre Hilfe weltweit gestärkt haben. Ärzte ohne Grenzen wird auch weiterhin kein Blatt vor den Mund nehmen, wird leidenschaftlich und zutiefst engagiert die Kernprinzipien des freiwilligen Einsatzes und der Unparteilichkeit verteidigen sowie seinen festen Glauben daran, dass jeder Menschen sowohl medizinische Hilfe als auch die Anerkennung ihrer oder seiner Würde verdient. Wir möchten heute die Gelegenheit nutzen, unseren Freiwilligen und nationalen Mitarbeitern unsere tiefe Dankbarkeit auszusprechen. Sie sind es, die diese ehrgeizigen Ideale Wirklichkeit werden lassen und die, so glauben wir, etwas Frieden in eine Welt bringen, die so immenses Leid erfahren hat. Sie sind es, die ÄRZTE OHNE GRENZEN Wirklichkeit werden lassen."

Die Charta von Ärzte ohne Grenzen

ÄRZTE OHNE GRENZEN hilft Menschen in Not, Opfern von natürlich verursachten oder von Menschen geschaffenen Katastrophen sowie von bewaffneten Konflikten, ohne Diskriminierung und ungeachtet ihrer ethnischen Herkunft, religiösen oder politischen Überzeugung.

Im Namen der universellen medizinischen Ethik und des Rechts auf humanitäre Hilfe arbeitet ÄRZTE OHNE GRENZEN neutral und unparteiisch und fordert völlige und ungehinderte Freiheit bei der Ausübung seiner Tätigkeit.

Die Mitarbeiter von ÄRZTE OHNE GRENZEN verpflichten sich, die ethischen Grundsätze ihres Berufsstandes zu respektieren und völlige Unabhängigkeit von jeglicher politischen, wirtschaftlichen oder religiösen Macht zu bewahren.

Als Freiwillige sind sich die Mitarbeiter von ÄRZTE OHNE GRENZEN der Risiken und Gefahren ihrer Einsätze bewußt und haben nicht das Recht, für sich und ihre Angehörigen Entschädigungen zu verlangen, außer denjenigen, die ÄRZTE OHNE GRENZEN zu leisten imstande ist.

Interview mit Heidi Anguria von „Ärzte ohne Grenzen“

Frau Anguria ist Kinderkrankenschwester (derzeit in der Kinderklinik des UKL) und arbeitet seit 1989 für „Ärzte ohne Grenzen“. Sie war für diese Organisation in Afrika tätig und beschäftigt sich z.Z. mit Öffentlichkeitsabeit.



bp: Wie kamen Sie zur Arbeit bei „Ärzte ohne Grenzen“ ? Und wie lange machen Sie das schon?

Ich habe mich schon immer dafür interessiert in andere Länder zu reisen, andere Kulturen kennenzulernen und dachte mir, daß als Krankenschwester bestimmt die Möglichkeit besteht auch mal woanders zu arbeiten. Das zog sich allerdings noch eine ganze Zeit hin, bis ich 1986 mit den „Deutschen Notärzten“ gearbeitet habe. Mit dieser Organisation war ich das erste Mal in Afrika, und vorort lernt man schnell andere Organisationen kennen. Dabei begegnete ich „Ärzte ohne Grenzen“. Nach meiner Rückkehr nach Hause hatte ich so große Lust so etwas zu wiederholen, daß ich an „Ärzte ohne Grenzen“ herantrat und mich bewarb. Mein Wunsch war es wieder nach Uganda zu gehen, wie beim ersten Mal. Das hat auch geklappt, 1989 ging es los. Insgesamt war ich für drei Jahre in verschiedenen Regionen Ugandas. Seither war es mir leider, wegen meines Sohnes, nicht mehr möglich bei einem Projekt im Ausland mitzuarbeiten. Trotzdem bin ich weiterhin für „Ärzte ohne Grenzen“ tätig, indem ich Vorträge halte oder Spenden entgegennehme. Längerfristig zieht es mich aber wieder weg.

bp: Fingen Sie Ihre Ausbildung zur Krankenschwester mit der Intention an, einen Beruf zu erlernen, mit dem es relativ problemlos ist, später im Ausland zu arbeiten?

Nein, mein Interesse an der Medizin war der Hauptgrund für meine Berufsentscheidung. Der Gedanke beides zu verbinden kam allerdings sehr bald.

bp: War es Zufall, daß Sie nach Uganda gegangen sind?

Ja, das war es. Eigentlich wollte ich immer nach Südamerika, wenn man sich aber bei einer Organisation bewirbt, so wie ich damals bei den „Deutschen Notärzten“, und möglichst bald los will, dann sollte man sich nicht auf ein Land festlegen. Selbstverständlich hängt die Auswahl eines Landes auch von den individuellen Sprachkenntnissen des Bewerbers/der Bewerberin ab. Ich spreche englisch, so daß beispielsweise Westafrika, wo französisch gesprochen wird, oder auch die spanischsprachigen Länder nicht in Frage kamen. Ursprünglich wurde mir Äthiopien angeboten, kurzfristig wurde ich dann aber nach Uganda geschickt. Es gefiel mir dort sehr gut, sicherlich auch wegen den vielen freundschaftlichen Beziehungen zu den Einheimischen, daß ich den Wunsch hatte ein zweites Mal dorthin zu fahren.

bp: Verlieren alle Projektmitarbeiter ihr Herz in Afrika, Südamerika oder sonstwo, und werden so vom Fernweh gepackt, daß sie immer wieder für „Ärzte ohne Grenzen“ im Ausland arbeiten wollen?

Das ist ganz unterschiedlich. Einigen reicht ein Auslandsaufenthalt, sie sagen sich, okay, ich habe das ausprobiert, einige Erfahrungen gesammelt und das reicht mir. Andere sind infiziert und kommen von dieser Arbeit nicht mehr los. Das wird natürlich etwas schwieriger, wenn man älter wird und vielleicht eine Familie gründen möchte.

bp: Schließt „Ärzte ohne Grenzen“ aus, eine Familie mitzunehmen?

Es schließt sich durch die Arbeit aus. Zu gefährlich! Unsere Hauptaufgaben sind natürliche oder von Menschen gemachte Notsituationen. Eine Familie mit kleinen Kindern kann man nicht einfach in ein solches Krisengebiet mitnehmen. Wir bleiben in den jeweiligen Ländern bis sich eine andere Organisation gefunden hat, die das Projekt vernünftig weiterführt oder es von der einheimischen Bevölkerung übernommen werden kann.

bp: Was fasziniert Sie an dieser Arbeit?



In erster Linie woanders arbeiten zu können. Man befindet sich in einem fremden Land und kann Land und Leute viel besser kennenlernen, wenn man dort auch lebt. Und es macht einfach Spaß eine andere Medizin zu machen, eine Basismedizin. Manchmal wünscht man sich schon dies oder jenes von zu Hause. Nicht irgendwelche Spezialabteilungen, sondern Spritzen, Medikamente und all das, was man nie ausreichend hat. Auf der anderen Seite ist man dem Grundanliegen der Medizin, nämlich Menschen zu helfen und zu heilen, viel näher.

bp: Man muß wahrscheinlich auch ziemlich kreativ sein, um aus Wenigem viel zu machen.

Ganz unbedingt. Diese Art Arbeit ist auch nicht für Jedermann gemacht. Ich habe Leute erlebt, die wieder nach Hause gegangen sind, weil es ihnen überhaupt nicht zugesagt hat und weil sie Probleme damit hatten. Man muß ganz anders arbeiten, sehr viel eigenständiger, auch als Krankenschwester. Man übernimmt durchaus ärztliche Aufgaben. Der Projekt- oder Länderkoordinator muß nicht unbedingt ein Arzt/eine Ärztin sein, sondern auch eine erfahrene Krankenschwester/-pfleger kann diese Aufgabe erfüllen. Das steht oft im Gegensatz zu dem, was wir hier in der Klinik dürfen. Man tut sich schon ein bißchen schwer damit, wenn man zurückkommt.

bp: Welche Eigenschaften muß man mitbringen, wenn man bei einem Projekt von „Ärzte ohne Grenzen" mitmachen möchte?

Grundsätzlich natürlich Offenheit gegenüber anderen Kulturen und anderen Lebensweisen. Man muß auf der einen Seite selbständig, aber auch teamfähig sein. So ein Team setzt sich - je nach Projektgröße - aus zwei bis zehn Personen zusammen, es werden die unterschiedlichsten Leute zusammengetan. Alles Leute, die man noch nie zuvor gesehen hat, und das auf engstem Raum, in anstrengenden, auch psychisch anstrengenden, Krisensituationen. Darauf muß man sich schon einlassen können. Bei „Ärzte ohne Grenzen" gefällt mir gut, daß es immer internationale Teams sind. Ich habe zum Beispiel mit Holländern, Belgiern und einem Argentinier zusammengearbeitet. „Ärzte ohne Grenzen" gibt es ja überall auf der Welt, und so setzen sich die Teams eben auch international zusammen.

bp: Ist es ein Anliegen von „Ärzte ohne Grenzen" internationale Teams zu haben?

Irgendwo schon. Es ergibt sich aber auch. Unser deutsches Büro in Bonn (bald in Berlin) betreut keine eigenen Projekte, man muß sich an eines unserer fünf europäischen Hauptbüros wenden. Ich war damals in Amsterdam gewesen. Die haben natürlich noch mehr solcher „Zuliefererbüros" und ihre eigenen Leute, und so ergibt sich die internationale Mischung.



bp: Hat man da viel Zeit zu überlegen, wenn das alles so schnell gehen soll?

Das ist unterschiedlich. Es gibt immer ein sogenanntes Emergency-Team, das 24 Stunden am Tag erreichbar ist, und das sind Leute, die es irgendwie beruflich ermöglichen können, daß sie jederzeit einsatzbereit sind. Als z.B .in der Türkei das Erdbeben gewesen ist, mußte man innerhalb kürzester Zeit dorthin und nicht erst vierzehn Tage später. Für mein Projekt damals war es allerdings schon so, daß ich noch etwas Zeit hatte, mich darauf vorzubereiten und alles Nötige zu klären. Kriegssituationen kann man ja meist vorhersehen. Dadurch, daß wir in sehr vielen Ländern der Welt vertreten sind (derzeit ungefähr 80) bekommt man das Meiste mit. Wir sind in den meisten Krisengebieten vertreten und merken, wenn sich etwas zusammenbraut.

bp: Wie machen das die Leute, die ganz schnell zur Verfügung stehen, mit ihren Arbeitgebern?

Das weiß ich auch nicht so genau. Leider bekommt man zu wenig Unterstützung von deutschen Kliniken, die Leute für zumindest drei Monate weggehen lassen. In der Regel dauern unsere Einsätze mindestens 6, eher 9 bis 12 Monate mit eventueller Verlängerung. Die einzige Ausnahme sind die Chirurgen, die haben kürzere Einsätze, da kann es auch einmal sein, daß einer auch nur für sechs Wochen kommt. Eine längere Einarbeitungszeit entfällt, da sie in einem eng eingegrenzten Arbeitsgebiet tätig werden. Sie stehen den ganzen Tag im OP und operieren bzw. leiten die einheimischen Kollegen an. Bei allen anderen Tätigkeitsgebieten muß man sich erst einmal reinfinden. Die Kriegschirurgie ist eine sehr belastende Arbeit, die man nicht so lange durchhält.

bp: Was war Ihr schlimmstes Erlebnis während eines Einsatzes?

Das Schlimmste, was ich erlebt habe, war, daß ich während meines zweiten Aufenthalts in Uganda in einen Überfall von einer Rebellengruppe geraten bin. Der eigentliche Krieg in Uganda ist ja seit 1986 beendet, aber es gibt bis auf den heutigen Tag Rebellentätigkeit dort. Es kam zu einer großen Schießerei, und ich dachte, daß ich jetzt eigentlich nicht mein Leben lassen will. In so einer Situation geht einem ganz viel durch den Kopf. Ich hoffte natürlich irgendwie durchzukommen, was ja zum Glück auch so war. Mir wurde damals freigestellt, ob ich bleiben oder aus diesem Projekt weggehen wollte, aber ich war schon entschlossen zu bleiben.

bp: Macht sich „Ärzte ohne Grenzen" nicht auch Feinde in manchen

Ländern? Denn im Gegensatz zum Roten Kreuz sind sie nicht nur neutral, sondern vielleicht auch unbequem?

Wir sind neutral, unparteilich und unabhängig. Das sind drei Begriffe, die ganz ganz wichtig sind, und die humanitäre Hilfe erst ermöglichen, weil man sonst dort nicht arbeiten könnte. Es ist richtig, daß das Rote Kreuz Sachen nicht macht, die wir machen. Das Rote Kreuz kommt nur auf Einladung eines Landes, das in einer Krise steckt und um Hilfe bittet. Wir werden auch gefragt, aber wenn wir meinen, es müßte irgendwo etwas getan werden, weil Menschen in Not sind und Hilfe brauchen, dann würden wir auch ohne Einladung der offiziellen Regierungsstelle hingehen und uns mit den örtlichen Machthabern einigen. Aus diesem Grund gab es in der Vergangenheit auch schon mal Probleme. Unbequem sind „Ärzte ohne Grenzen" vielleicht auch deswegen, weil wir einerseits medizinische Nothilfe leisten, andererseits aber auch über das, was wir gesehen haben sprechen wollen. Sozusagen als „Sprachrohr" für die bedrohten Völker, d.h., daß wir dafür sorgen, daß grobe Verletzungen der Menschenrechte an die Öffentlichkeit kommen, und das darf das Rote Kreuz nicht. Wir glauben, daß es nicht geht, nicht darüber zu reden. Das geschieht auf unterschiedliche Weise, sei es, daß man es zu verschiedenen Stellen hinträgt, oder dafür sorgt, daß es Journalisten erfahren und es in der Zeitung steht, oder es an die UN, bzw. das Flüchtlingskomissariat weiterleitet. Das muß man im Einzelnen sehr gut abwägen und sich genau die Folgen überlegen, ganz besonders für die Leute die es betrifft.

bp: „Ärzte ohne Grenzen" besticht durch eine ausgeklügelte Logistik. Wie funktioniert Ihre Hilfe so schnell?

Im Laufe der vielen Jahre hat sich das Logistiksystem sehr verbessert, d.h., daß wir in Krisensituationen in 24 bis 48 Stunden vor Ort sein können. Dies ist möglich, weil wir auf der ganzen Welt verteilt logistische Lager haben. Hier in Europa ist das nächste z.B. in Bordeaux. Es gibt auch eines in Ostafrika, in Südostasien und in Mittelamerika. In diesen logistischen Zentren gibt es so genannte „kits", so nennen wir die vorgepackten Kisten, die es im Moment für 150 verschiedene Situationen gibt. Nehmen wir an, wir wären in Afrika und erwarten im Land xy eine Choleraepidemie, dann würde man seinem Headquatre Bescheid sagen, das wiederum diese logistischen Lager informiert. Dort stehen vorgepackte Kisten bereit, in denen alles drin ist, was man braucht um ein Cholera-Lager aufzubauen, inklusive Decken, Feldbetten, Infusionslösungen bis hin zu Gummistiefeln. Bei diesen Kisten ist klar für wieviele Leute sie gedacht sind, es ist klar, was sie kosten - damit lassen sich die



anfallenden Kosten ziemlich genau kalkulieren - und sie sind bereits vom Zoll abgefertigt. Man braucht also nur das nächste Flugzeug, rein und los. Im Laufe der Zeit haben wir herausgefunden, was in den verschiedenen Situationen an Material benötigt wird. Alles Überflüssige wurde weggelassen.

Das andere, was uns sehr schnell macht, ist das Geld. Wir finanzieren uns etwa zur Hälfte aus privaten Spenden, die andere Hälfte kommt z.B von der EU oder vom UNHCR. Durch diese privaten Spender haben wir immer Geld, um in auftretenden Krisensituationen etwas tun zu können - selbstverständlich erst nachdem man sich genau überlegt hat, ob es nötig ist, ob wir dem, was uns erwartet gerecht werden können, was für Anforderungen auf uns zukommen und ob wir es bis zum Ende finanzieren können. Diese finanzielle Situation macht es uns auch möglich, uns um viele unbekanntere Projekte in Krisengebieten zu kümmern, von denen die Presse nichts schreibt und die nicht in aller Munde sind - AIDS- Projekte in Russland beispielsweise. Nur wir entscheiden, was mit dem Geld gemacht wird, entsprechend unserer Charta.

bp: Gibt es neben dem Logistiksystem noch etwas anderes, was Ihre Arbeit so effizient macht?

Von „Ärzte ohne Grenzen" gibt es auch Bücher. Auch andere Organisationen arbeiten z.T.nach unseren Büchern, weil sie einfach sehr durchdacht sind. Das sind z.B. Bücher über Behandlungsmethoden, spezielle Medikationen, und natürlich auch für alle möglichen anderen Situationen: nutrition guidelines, surgical procedures etc. Diese Bücher liegen in allen Projekten vor Ort bereit, so daß man jederzeit etwas nachschlagen kann. Dies gewährleistet, daß die Arbeit überall gleich gemacht wird. So kann jeder jederzeit in jedes Projekt einsteigen, weil überall gleich gearbeitet wird. Dadurch wird eine gewisse Kontinuität gewährleistet. Die Arbeit würde keinen Sinn machen, wenn die Nachfolger wieder von vorne anfangen würden. Ein Hauptanliegen ist natürlich auch die Aus- und Weiterbildung des einheimischen Personals, die jeder etwas unterschiedlich gestaltet, aber Behandlungsstrategien und Medikamente sind immer dieselben.

bp: Ist die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegepersonal gut? An deutschen Kliniken kann das ja schon mal problematisch sein.....

Die Hierarchie, die wir hier haben, gibt es in den Projekten nicht. Es gibt immer Projektleiter, deren Aufgaben sind z.B.mit örtlichen Gesundheitsministerien und mit



Regierungsstellen Gespräche zu führen. In meinem Projekt in Uganda hatten wir ein Healthcentre zu betreuen. Ich habe mit einer holländischen Kollegin zusammengearbeitet. „Healthcentre“ bedeutet ambulante Behandlungen. Dazu gehörte eine Station und eine Entbindungsabteilung. Wir haben uns wöchentlich abgewechselt: Jeder war eine Woche lang im Healthcentre und eine Woche unterwegs und hat Dispensaries besucht. Das sind ganz kleine Gesundheitsstationen, wo aber nur gewisse Krankheiten behandelt werden können. Meist arbeiten dort keine Schwestern oder Pfleger, sondern „nursing aids“, die vom Gesundheitsministerium nur eine begrenzte Ausbildung erhalten, und denen auch nur eine ganz bestimmte Anzahl Medikamente zur Verfügung stehen,. Sie sollen nur eine Basisversorgung machen und alles was darüber hinausgeht zum nächsten Healthcentre schicken, und was noch darüber hinausgeht ins nächste Krankenhaus, welches unter Umständen aber sehr weit entfernt sein kann. So wurden die dispensaries von uns abgeklappert. Es bestand die Möglichkeit an diesen Tagen bestimmte Patienten einzubestellen und Patienten gemeinsam mit den „nursing aids“ zu untersuchen. Von uns wurde Anleitung zu ganz praktischen Sachen wie Spritzen verabreichen, Verbände anlegen und sterilisieren gegeben. Weitere Aufgaben sind die Aus- und Weiterbildung des einheimischen Personals, so wie die Führung der Apotheke im Healthcentre und die Besprechung von offensichtlichem Mißmanagement. Ganz wichtig ist uns auch das Impfen. Nach der WHO sollten ja schon längst alle Kinder geimpft sein, vor allem die Hauptzielgruppe, nämlich die unter Fünfjährigen Dafür gibt es jede Woche einen Impftag.

Dazu kommen, je länger man irgendwo vor Ort ist, noch viele soziale Aufgaben hinzu, man wächst da immer mehr hinein. Die wenigste Zeit verbringen wir mit der Behandlung von Patienten. Der Schwerpunkt unserer Arbeit liegt auf Supervision, Organisation und Ausbildung.

bp: Wie unterscheiden sich nun die Aufgaben von Ärzten und Pflegepersonal?

Eigentlich überhaupt nicht. Meine holländische Kollegin in Uganda war Ärztin, unsere Aufgabenschwerpunkte unterschieden sich darin, daß sie hauptsächlich Erwachsene und ich, als Kinderkrankenschwester eben eher Kinder behandelt habe. Anders ist es natürlich mit den Chirurgen und den Anästhesisten. Hierarchische Probleme gibt es nicht, dafür aber zwischenmenschliche, die wohl dazugehören.

bp: Möchten Sie uns etwas mit auf den Weg geben?

Wir suchen immer neues Personal, wobei bei Ärztinnen und Ärzten die Frage nach dem richtigen Zeitpunkt schwierig zu beantworten ist: Gehe ich vor oder nach der Facharztausbildung, wie lang bleibe ich , finde ich hier dann wieder eine Stelle... Es ist schwierig, sich zu entscheiden, aber wenn man es wirklich will, wird man auch einen Weg finden. Für das Pflegepersonal ist es einfacher. Wenn ich gefragt werde, was für Voraussetzungen man für eine Mitarbeit mitbringen muß, so antworte ich: Ein bißchen Idealismus und ein bißchen Abenteuerlust, wobei aber beides nicht überwiegen sollte, und eine möglichst breitgefächerte Ausbildung. Auch sollte man nicht zu jung sein, weil einfach eine ganze Menge auf einen zukommt. Manche Situationen lassen sich mit etwas Lebenserfahrung besser meistern.

bp: Frau Anguria, wir danken Ihnen für das Gespräch.

Das Interview führten Sonja Pfäffle und Matthias Finell.

Wie wird man Arzt/Ärztin ohne Grenzen?

Folgende Mindestanforderungen müssen erfüllt sein:
- mindestens abgeschlossenes AIP
- sehr gute englische und/oder französische, spanische, portugiesische Sprachkenntnisse
- Arbeits- und/oder extensive Reiseerfahrung in Entwicklungsländern
- tropenmedizinische Kenntnisse (für Ärzte und Pflegende)
- 6 bis 24 Monate Zeit für einen Einsatz (je nach Beruf)

Neben diesen formalen Kriterien wird bei der Auswahl der Mitarbeiter Wert auf Selbständigkeit, Teamgeist, Eigeninitiative, Idealismus und Respekt gegenüber anderen Kulturen geachtet. Unerlässlich sind darüber hinaus kommunikative Fähigkeiten. Allerdings braucht man auch einen kühlen Kopf, eine gewisse Gelassenheit und einen gesunden Menschenverstand.

Nach einer schriftlichen Bewerbung erhält man einen Termin für ein Bewerbungsgespräch. Fällt dieses positiv aus, absolviert man einen Vorbereitungskurs, der einen allgemeinen, praxisorientierten Einblick in die Arbeit von Ärzte ohne Grenzen bietet. Sobald eine passende Stelle frei wird, kann es losgehen. Von der Benachrichtigung bis zur Ausreise können unter Umständen nicht mehr als 24 Stunden vergehen. Dabei geht es zunächst für einen oder mehrere Tage zur Projektvorbereitung in eine der Zentralen von Ärzte ohne Grenzen und anschließend dann zum eigentlich Projekt.

Zivildienst in Frankreich –

Warum, wozu, weshalb?

Zivildienst in Frankreich – das hört sich für die meisten exotisch an. Oft spontan mit einem schönen Leben, Baguette und Rotwein in Verbindung gebracht, besteht fast immer Erklärungsbedarf, wenn es um meinen Zivildienst in Frankreich geht.

Um was geht es also genau? Das deutsche Zivildienstgesetz bietet anerkannten Kriegsdienstverweigerern die Möglichkeit, den Zivildienst als sogenannten „Anderen Dienst im Ausland" abzuleisten. Dieser dauert dann zwei Monate länger als der Zivildienst im Inland, für mich also 15 Monate. Doch man kann nicht einfach so ins Ausland aufbrechen. Der Träger des Zivildienstes muß eine deutsche Organisation sein, die Dienststelle vom Bundesamt für den Zivildienst anerkannt.

Meist kirchennahe Verbände schicken deutsche Zivis in verschiedene Einrichtungen ins Ausland, und zwar in fast alle europäischen Länder. Eine Stelle zu bekommen ist nicht einfach, übersteigt doch die Zahl der Bewerber die der verfügbaren Dienststellen um ein vielfaches. Ich bewarb mich bei mehreren Organisationen, doch nur eine lud mich zu einem Auswahlseminar ein. Es war dies der Verein „Initiative Christen für Europa e.V." mit Hauptsitz in Aachen und Nebensitz in Dresden. Ein paar Wochen nach dem Auswahlseminar, das im April 1998 in Dresden stattfand, bekam ich die Nachricht, daß ich meinen Dienst Mitte Juli in meinem Wunschland Frankreich antreten könne. Ich war glücklich, da es keineswegs sicher ist, in welches Land man geschickt wird. Gerade für Frankreich gab es sehr viele Interessenten... Sonst noch im Programm: Italien, Irland, Polen, Bulgarien, Rußland und einige Länder mehr.

Am 18.07.98 ging es offiziell los, als Ende des Dienstes war der 17.10.99 vorgesehen. Nach einer kurzen Vorbereitungszeit (die schon Anfang Juli begann) mit anderen jungen Menschen – Zivis und auch weiblichen Freiwilligen, die ein Freiwilliges Soziales Jahr im Ausland ableisten wollten – ging es dann bald in die Dienststellen.

Für mich hatte man das Deutsch - Französische Kulturzentrum in Nantes im Westen Frankreichs ausgewählt, das zu einem Teil zur Universität von Nantes gehört. In der Nähe des Atlantiks an der Loire gelegen, ist Nantes die Hauptstadt der sehr dynamischen Region „Pays de la Loire". Sie zählt 450000 Einwohner. Bedeutung erlangte die Stadt schon früh, nicht zuletzt wegen der Nähe zum Meer und der damit verbundenen Handelsaktivitäten. Daß der Sklavenhandel eine wichtige Rolle spielte, sollte man (lieber) nicht verschweigen, auch wenn die Nanteser dieses nicht gerne hören...



Das Kulturzentrum in Nantes

Wozu also ein Deutsch - Französisches Kulturzentrum in dieser Stadt, die doch geographisch so weit von Deutschland entfernt zu sein scheint?

Anfang der 90er Jahre in Ermangelung eines Goethe – Instituts entstanden, hat dieses Kulturzentrum doch einiges aufzuweisen. Seine Aufgabe ist es, die deutsche Sprache und Kultur in der Stadt zu repräsentieren. Nur die Direktorin und der pädagogische Leiter, der für das Kursprogramm verantwortlich zeichnet, sind fest angestellt. Hinzu kommen einige DeutschlehrerInnen, die aber meist mehreren Beschäftigungen gleichzeitig nachgehen, viele ehrenamtliche HelferInnen des Fördervereins des Zentrums und (natürlich) ein deutscher Zivildienstleistender. Das Angebot an Sprachkursen ist breit gefächert, außerdem organisiert das Kulturzentrum Konferenzen, Ausstellungen und Veranstaltungen jeglicher Art zur deutschen Kultur. Jeder kann das Beratungsangebot der Einrichtung kostenlos in Anspruch nehmen, sich über die politische, wirtschaftliche und kulturelle Lage und das Studienangebot in Deutschland umfassend informieren. Außerdem können Bücher und Videokassetten ausgeliehen werden. Eine richtige Aufgabenteilung im Zentrum gibt es nicht, meist kann die anfallende Arbeit gerade so bewältigt werden (denn von ihr gibt es wirklich genug) und jeder muß alles machen können.

So war meine Arbeit recht vielfältig. Ich ging regelmäßig in einen Kindergarten und eine Grundschule, wo ich versuchte, den 3- bis 7-jährigen französischen Kindern die deutsche Sprache nahezubringen. Vier Gruppen hatte ich zweimal in der Woche zu betreuen, im Kulturzentrum selbst leitete ich zwei Kindersprachkurse. Faszinierend, wie schnell Kinder eine fremde Sprache erlernen, selbst wenn sie in der Muttersprache noch gar nicht Lesen und Schreiben können! Außerdem wurde mir die Leitung eines Deutsch - Konversationskreises („L'heure allemande") übertragen. Einmal pro Woche kamen Französinnen und Fran-



zosen aller Alters- und Niveaustufen zusammen, um sich auf deutsch über aktuelle Themen auszutauschen. Die Diskussionen verliefen oft leidenschaftlich und endeten meist im (gewollten) Streitgespräch. Die Themen waren oft politischer Natur. Überraschend, wie sich doch die gesellschaftspolitischen Probleme auf beiden Seiten des Rheins ähneln! Arbeitslosigkeit gibt es hier wie dort und auch der junge französische Angestellte macht sich Sorgen um seine Rente...



Interkulturelle Studierendenbegegnung im Kulturzentrum: 6 Studierende - 6 Nationalitäten

Am Anfang war ich erstaunt darüber, wie schnell mich die größtenteils älteren Teilnehmer als Moderator akzeptierten. Meine restlichen Aufgaben waren nicht weniger spannend. Ich hatte Ausstellungen zu betreuen, diese quer durch Frankreich zu transportieren und war für den Auf- und Abbau mitverantwortlich. Außerdem fiel es mir aufgrund meines Alters leicht, den Kontakt zu französischen Schülern und Studierenden zu halten und diese an das Kulturzentrum zu binden. So stellte ich einigen Schülergruppen das Kulturzentrum vor und war Ansprechpartner in allen Fragen des deutschen Bildungssytems. Gerade französische Schüler, die für eine bestimmte Zeit nach Deutschland gehen wollten, waren oft froh, auf einen „jeune allemand“ zu treffen, der selber gerade Abitur gemacht hatte.

Natürlich hatte ich auch Sekretariatsaufgaben zu übernehmen, Anfragen aller Art zu beantworten und Behörden in verschiedenen Angelegenheiten zu kontaktieren. Deswegen verbrachte ich auch so manche Stunde am Telefon. Die Koordinierung der ehrenamtlichen Helfer schloß das mit ein.

Außerdem lebt das Kulturzentrum von deutschen und französischen Praktikantinnen, die Erfahrungen in der auswärtigen Kulturarbeit sammeln wollen und Praktika von einem bis sechs Monaten Dauer absolvieren können. Hierbei handelt es sich meist um Studentinnen der Sprachwissenschaften. Männliche Bewerber gab es praktisch keine, noch immer ist die Sprach- und Kulturarbeit fest in weiblicher Hand!

Das Organisieren von Au-Pair-Treffen rundete mein Aufgabenspektrum ab. Eine Tätigkeit in einem Altenheim in Nantes, der ich am Anfang noch regelmäßig nachging, mußte ich nach ein paar Monaten wegen der hohen Arbeitsbelastung im Kulturzentrum allerdings aufgeben. Meine Aufgabe dort war es, mit älteren Menschen zu reden und sie etwas zu unterhalten.

Alles in allem eine tolle Erfahrung, so ein Dienst im Ausland. Sicherlich nicht nur in Frankreich! Gerade als junger Mensch geht man mit vielen Dingen unverkrampfter um, und so werden auch gerade junge Leute gesucht, die ihren Altersgenossen und allen anderen den europäischen Gedanken nahebringen wollen und können. So mancher Deutsche oder Franzose hat nie verstanden, warum ich eigentlich dort vor Ort meinen Zivildienst abgeleistet habe (und wird es auch nie verstehen!). Die Mehrheit war jedoch positiv beeindruckt.

Der Prozeß der europäischen Integration ist kein Selbstläufer. Jeder von uns ist aufgerufen, ihn in Gang zu halten und voranzutreiben. Nur so wird es gelingen, ein Europa zu schaffen, das sich nicht nur als Zweckgemeinschaft sieht, sondern vielmehr als ein Bündnis, das in guten wie in schlechten Zeiten zusammenhält und in den Herzen der Menschen verankert ist.

Jens Ebnet



NewWashHamréal

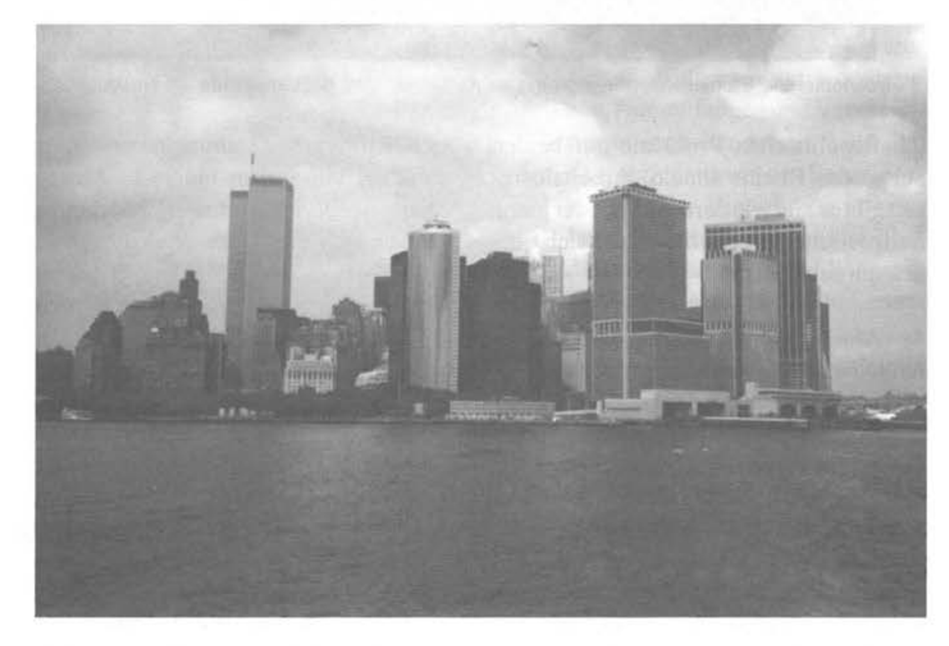
Im Sommer letzten Jahres hatte ich die Chance, am IPPNW-Projekt „famulieren&engagieren" teilzunehmen: Ich ging nach New York und famulierte in der STAR clinic, einer **HIV-Ambulanz** in Brooklyn. Anschließend bekam ich in New York und Washington Einblicke in **Public-Health**-Arbeit.
Danach sammelte ich noch Eindrücke in puncto **Reform des Medizinstudiums**: Ich besuchte die älteste Reform-Fakultät, die McMaster-Universität in Hamilton, und famulierte abschließend in der teilweise reformierten, renommierten McGill-Universität in Montréal.

New York

„Glaube nicht, Du weißt etwas, bevor Du nicht fünfzig bist; davor soll man nur alles absorbieren." Der ältere Banker hatte sich fünf Minuten zuvor neben mich auf die harten Bänke der Metro gesetzt. Wahrscheinlich weil ich der einzige in der überfüllten Metro war, der in der *New York Times* und nicht im *Wall Street Journal* blätterte, hatte er auf seiner Fahrt vom Finanzdistrikt zur Upper West Side ein Gespräch mit mir begonnen. Über den Krieg in Kashmir, Krieg im Allgemeinen, sogar über das Gute im Menschen und über lebenslanges Lernen. Und er erzählte darüber, wie sehr er es bereue, Banker und nicht Philosoph geworden zu sein. Zum Abschied rief er mir noch zu: „Diese Stadt ist der ideale Ort, um alle Kulturen der Welt kennenzulernen. Beobachte die Menschen, und Du wirst viel lernen. Du wirst New York lieben."

Natürlich behielt er Recht. Auch wenn ich mich nicht lebenslang dem pulsierenden Rhythmus der gelben Taxis und des Jazz, dem inneren Drang zu Hunderten von Events, Konzerten, Theatern, Museen, der betäubenden lautstarken bunten Vielfalt aussetzen wollte: Für die folgenden sechs Wochen entbrannte ich in heißer Liebe zu New York.

Und mehrfach noch – häufiger als jemals bisher die Bewohner einer anderen Stadt – sprachen mich wildfremde New Yorker auf der Straße an. Nicht nur diejenigen, die Dollars brauchten, um sich Drogen, Zigaretten oder wirklich nur etwas zu essen zu kaufen oder diejenigen, die den menschenverstopften U-Bahn-Schächten in der Rush-Hour den Weltuntergang predigten, sondern nette Menschen, die dem offensichtlich Ortsunkundigen den Weg zeigen wollten, die dem nächtlich in der Metro dösenden Konzertheimkehrer zulachten: „C'mon, wake up, it's friday night!", die sich im Museum einfach über die Schönheit von Kunst unterhalten wollten, oder die mir augenzwinkernd verrieten, wo es noch billigeres und besseres thailändisches Essen gebe. Sie alle trugen zu dem freundlichen menschlichen Antlitz bei, das mir den Moloch NYC nicht nur erträglich weil faszinierend, sondern eben liebenswert machte. Gehörigen Anteil daran hatten aber auch Wendy und Bre vom New Yorker PSR-Büro (physicians for social responsibility), an die ich mich immer wenden konnte, sowie Bre's Freund Tom, dessen früheres Zimmer in einem Priesterseminar ich in der ersten Zeit bewohnen und mit dem freundlichen Kater Slate teilen durfte.



Ich führte ein Doppelleben. Tagsüber famulierte ich in der STAR clinic, einer HIV-Ambulanz in Brooklyn sowie in der Neurologie-Ambulanz im „King's County", dem „Armenkrankenhaus" gegenüber. Abends und am Wochenende wurde ich eingesogen in das bunte Leben des Molochs:

New York ist eine sündhaft teure Stadt, und dreimal wurde meine Kreditkarte zeitweise wegen bodenloser Überziehung gesperrt. Dafür habe ich aber auch fast alle meine Jazz-Idole live erleben dürfen. Im *Sweet Basil*, im *Village Vanguard*, *Jazz-Standard* und wie die Clubs alle heißen. Im *Blue Note* bekam ich nach einigen Besuchen sogar ein Freibier und von der netten Türsteherin einen Kaffee ausgegeben. Andererseits - neben den teuren Clubs, Kinos, Theatern – gab es unglaublich viele kostenlose Open-Air-Veranstaltungen. Konzerte im Central Park, das „Charly Parker Memorial Jazz Festival" im Tompkins Square Park, das dynamische „Gorilla Repertoire Theatre" im Washington Square Park mit wunderbaren Shakespeare-Aufführungen, spontane Konzerte eigentlich auf allen Plätzen. Einmal hörte ich eine Stunde lang einem Kontrabassisten in einer Metrostation im East Village zu. Sein Instrument bestand aus einem Waschzuber, einem Besenstiel und einem Bindfaden. An dem zupfte er und sang dazu herzergreifende Jazz-Schnulzen.

Einmal, beim Gospel-Brunch im *Cotton Club*, waren allerdings wir die Attraktion. Die zwei einzigen Weißen inmitten buntfeierlich gekleideter Schwarzer. Wir bekamen - ein bisschen mitleidig, weil wir die Musik nicht in dem Maße mitzuleben imstande waren und mitweinen konnten wie sie, vor allem aber sehr stolz - eine Extra-Zugabe und mehrere persönliche „Hey Man".

Der Höhepunkt war eine Rede des Dalai Lama im Central Park. Eingetaucht in eine unübersehbare andächtige Menge lauschte ich seinen Ausführungen zu Altruismus und Friedfertigkeit. Bei aller Tiefe seiner Botschaft war der quirlige Dalai Lama fröhlich und unterhaltsam und machte sich in seiner witzigen, selbstironischen Art über sein gebrochenes Englisch lustig. Ich habe ihn auch in Deutschland schon einmal gehört. Aber mitten in der Menschenmasse im Central Park war es ein ganz besonderes Erlebnis. Ein besonders schöner Satz lautete: „Mein Feind ist mein bester spiritueller Lehrer." Am Ende, als der Welt berühmtester Buddhist schon längst im blumengeschmückten Hintergrund der Bühne verschwunden war, wurde noch lange und intensiv darüber diskutiert.

New York: STAR clinic

Es ist wahr: Ich lernte, indem ich Menschen beobachtete. Am eindringlichsten waren die Schicksale der HIV-Patienten, mit denen ich sprach und deren ärztlicher Betreuung ich beiwohnte. (Alle Namen geändert!) Beim Auftauchen aus der Metro-Station in Brooklyn war ich plötzlich wieder einziger Weißer gewesen. Beim Betreten des Krankenhauses, dem „Downstate Medical Center" der New York State University, waren dann wieder ganz viele da - die meisten waren Ärzte. Unsere Patienten kamen sämtlich aus der Umgebung, also aus Brooklyn, und sie waren fast ausnahmslos Schwarze oder Jamaicaner. Im multikulturellen Manhattan fällt diese noch sehr gravierende Trennung kaum auf: Immer noch sind überdurchschnittlich viele Akademiker Weiße und überdurchschnittlich viele Schwarze arm.

Ganz arm und arbeitslos zu sein, ist, wenn man wirklich krank ist, in Amerika fast von Vorteil. Dann nämlich übernimmt *Medicaid* (eine Art Sozialversicherung) nahezu die gesamten Kosten, wie hoch auch immer sie sein mögen. Will man aber (wie es beispielsweise Dan, ein sympathischer homosexueller Stylist, der wegen einer schweren Pneumocystis-carinii-Pneumonie längere Zeit nicht in der Boutique arbeiten konnte, tun wollte) einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen, verliert man plötzlich jeglichen Versicherungsschutz und kann sich eine teure antiretrovirale Therapie nicht im entferntesten leisten.

In der STAR clinic sah ich weniger Ex-Drogenabhängige, als ich erwartet hatte, erstaunlich viele der Patienten hatten sich über heterosexuellen Kontakt angesteckt. Wie Sharon, 36, die sich bei ihrem früheren Freund mit dem HI-Virus angesteckt hatte, sich aber nicht traute, dies ihrem jetzigen Freund zu sagen. Denn, das versicherte sie uns mehrmals glaubhaft unter Tränen: „Er trägt doch immer eine Pistole bei sich. Und wenn ich's ihm sage, bringt er mich um." Suze, 32, hat es ihrem Freund mehrfach gesagt, doch er hält sich für immun und weigert sich, Kondome zu benutzen. Auch Angelo, 39, dachte jahrelang, er sei resistent. Er nahm Drogen, war im Gefängnis, wieder draußen, er machte ernsthaft Schluß mit Heroin, es ging ihm gut, doch plötzlich bekam er schlimme Schluckbeschwerden: eine Candida-Ösophagitis, ein häufiges Erstsymptom.

Joseph war auch im Gefängnis. Seine Frau durfte ihn dort jeweils für mehrere Tage besuchen. Erst später, wieder in Freiheit, kurz bevor sie an AIDS starb, erfuhr er, dass sie ihn während seiner Haft betrogen und sich und ihn so infiziert hatte. Er ist völlig verbittert. Ähnlich wie Mr. Smith, 60, der wegen dreier (wahrscheinlich Toxoplasmose-bedingter) Schlaganfälle im Rollstuhl sitzt. Er hat mit der Zeit nahezu alle verfügbaren Medikamente bekommen – das Virus ist inzwischen gegen fast alle resistent. Pearline, 66, lebt allein bei ihrer Tochter. Sie hat sich erst kürzlich infiziert, traut sich aber nicht, ihrer Tochter davon zu erzählen. Sie sagt niemandem etwas, vereinsamt innerlich aus Furcht vor der offensichtlichen gesellschaftlichen Isolierung.

Wie ihr geht es den meisten Jamaicanern. Die wenigsten trauen sich, ihren Familien die Diagnose zu eröffnen – aus begründeter Furcht vor völliger Ausgrenzung. In einer Gesprächsgruppe sagte ein 23jähriger Jamaicaner, den seine Freundin betrogen hatte, er werde sich eher umbringen, als irgend jemandem von seinem positiven HIV-Test zu erzählen. Zum Glück nahm Luis, ein 45jähriger Jamaicaner, ebenfalls an der Gruppe teil. Er lebt seit 15 Jahren mit der Diagnose AIDS, hat schon etliche opportunistische Krankheiten überstanden. Trotzdem sieht man ihm die Krankheit überhaupt nicht an. Er treibt regelmäßig Sport und nimmt vor allem die Medikamente regelmäßig ein. Auch er hat sich erst vor zwei Jahren getraut, sich seiner Familie zu offenbaren. Er wurde nicht verstoßen. Und seit die Heimlichtuerei vorbei ist und er sogar Hilfe bekommt, fühlt er sich unendlich viel besser und stärker. Diese Erzählungen machte allen Anwesenden sichtlich Mut.

Mut machen die Ärzte auch den schwangeren Frauen in der Kinder-und-Mütter-Ambulanz: Denn unter richtiger Therapie beträgt die Übertragungsrate des Virus auf das ungeborene Kind weniger als zwei Prozent!

Grundsätzlich ist bei der HIV-Therapie unregelmäßige oder fehlende Medikamenteneinnahme eines der größten Probleme. Die meisten setzen ein Medikament selbst wegen zu schlimmer Nebenwirkungen ab. Einigen sind es einfach zu viele Pillen (bis zu 16 auf einmal) oder ein zu bitterer Sirup. Manche Patienten schämen sich, die Tabletten in der Öffentlichkeit einzunehmen. Und viel zu viele haben die Einnahmeanleitung einfach nicht verstanden, oder sie wurde ihnen schlecht erklärt. Diesen und vielen anderen per-

sönlichen Problemen versuchten die meisten derer, denen ich über die Schulter schauen durfte (Ärzte, Physician Assistants, Nurse Practitioners, die Sozialarbeiter, der Psychiater, die Ernährungsberaterin sowie die gerade eingestellte Medikamentenberaterin), in manchmal sehr langen Gesprächen zu begegnen und gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten eine Lösung zu finden. Leider erlebte ich auch ziemlich oberflächliche und uneinfühlsame Gespräche und selbst uninformierte Ärzte. Aber sie waren eher die Ausnahme.

Ich lernte in den vier Wochen außerordentlich viel. Gar nicht einmal medizinisch, aber eben über Menschen. Und über die amerikanische Gesellschaft. Besonders erschüttert war ich über folgende Aussage, die ein Arzt aus eigener Erfahrung ableitete: „In Amerika ist es für eine Adoption kein Problem, schwul zu sein, auch kein Problem, ein Single zu sein. Das größte Problem ist es, Jude zu sein." Mehrfach hatten ihn Ku-Klux-Klan-Mitglieder in offiziellen Gremien und einschüchternderweise des Nachts von der Adoption eines Jungen abhalten wollen.

Ich selbst wurde völlig von jeder Gewalt verschont, wurde allerdings mit den Auswirkungen konfrontiert, als ich einige Visiten auf der chirurgischen Intensivstation im „King's County" mitmachte: Dort lag neben anderen ein jugendlicher Bankräuber, der, nachdem er einen Polizisten erschossen hatte, von dessen Kollegen je eine Kugel in Schulter, Bein, Lunge und Wirbelsäule erhalten hatte. Schussverletzungen machten fast die Hälfte der Patienten aus. Bei diesem war das Besondere, dass er vorher einen Menschen getötet hatte. Dieses Bewusstsein las man in den Augen aller ihn betreuenden Ärzte und Schwestern. Es war eine explosive Atmosphäre.

N.Y. und Washington: Public Health

Die folgenden zwei Wochen begleitete ich Cathey Falvo, die New Yorker Vorsitzende von PSR, Kinderärztin sowie Professorin für Public Health, bei ihrer Arbeit. Dabei gewann ich einen umfassenden Überblick über das immer wichtiger werdende Fach Public Health und einen sehr guten Einblick in einige ganz konkrete Arbeitsgebiete.

So nahmen wir in Washington D.C. an der dreitägigen Sitzung eines den Kongress beratenden Expertengremiums teil, das Kriterien für Trinkwasserreinheit und -aufbereitung erarbeiten sollte. Dabei erfuhr ich alles über Giardia lamblia und Cryptosporidien, einiges über chemische Verunreinigungen, Desinfektionsverfahren, Desinfektionsnebenprodukte und sogar vieles über den technischen Ablauf in einem Wasserwerk. Das Faszinierende aber war die Art der Sitzung: Sie fand nicht beim Kongress, bei der Gesundheitsbehörde oder bei einer der beteiligten Institutionen statt, sondern bei einem Unternehmen für Mediation *(Anm. d. Red.: Mediation: Vermittlung zwischen Konfliktparteien)*. Geleitet wurde sie auch nicht von einem Fachmann/einer Fachfrau, sondern einer ausgebildeten und wirklich ausgezeichneten Mediatorin. Außerdem nannten sich alle Beteiligten beim Vornamen. Das alles ergab eine erstaunliche Atmosphäre von lockerer, unprätentiöser Effektivität. Durchaus ein nachahmenswertes Modell!

Der Arzt ohne Stethoskop - Arbeitsbereich Public Health

Public Health hat nicht den einzelnen Patienten im Blickpunkt, sondern eine ganze Bevölkerung. Der Arzt muß sich einen Gesamtüberblick über die Situation verschaffen, die Bedürfnisse der Bevölkerung erkennen und Epidemien vorbeugen. In enger Zusammenarbeit mit den Gesundheitsbehörden des Landes plant, organisiert und evaluiert der Arzt die Aktivitäten des medizinischen Gebiets und der primären Gesundheitsversorgung. Ein wichtiger Teil der Arbeit ist die Aus- und Fortbildung des Gesundheitspersonals.

Später nahm ich an einer von Catheys Einführungsveranstaltungen für Public Health am New York Medical College teil und schnupperte in die dortige Klinik hinein. Außerdem hatte ich das Glück, an einigen UN-Gremiensitzungen sowie am jährlichen NGO-Kongress bei den Vereinten Nationen teilnehmen zu können. Dabei lernte ich viel über Public-Health- und Friedensarbeit bei den Vereinten Nationen sowie in verschiedenen NGOs, und ich begegnete einzigartigen, brillanten Menschen.

Dieser „Schnupperkurs Public Health" war für mich äußerst wertvoll, hat meinen Horizont erweitert und deutlich meine Zukunftspläne konkretisiert. Allerdings war er kein „Sozialprojekt" im engeren Sinne, jedenfalls habe ich mich dabei nicht für andere Menschen „engagiert". Es ist aber angedacht, eine solche Komponente im kommenden Sommer zu integrieren, beispielsweise Mitarbeit mit einem städtischen Public Health Worker oder aber in einem kleineren Forschungsprojekt.

Hamilton: McMaster-Universität

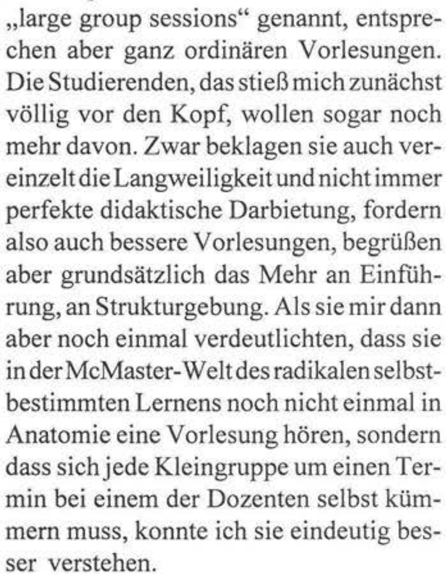
Nach sechs Wochen New York fuhr ich nun im Greyhound-Bus über die kanadische Grenze, vorbei an den Niagara-Fällen, nach Hamilton/Ontario. Dies ist eine mittelgroße Industriestadt am Ontario-See ganz in der Nähe von Toronto. Das Besondere: Hier gibt es die älteste und immer noch radikalste Medizinische Reformuniversität der Welt. Da wir in Lübeck eine umfassende Reform des Medizinstudiums planen und beim Entwurf unserer Konzepte, insbesondere in puncto Problem-Orientiertes-Lernen (POL) und Kleingruppenunterricht, immer wieder nach dem leuchtenden Vorbild der McMaster-Universität in Hamilton schielten, wollte ich mir deren Realität gerne aus der Nähe besehen.

Ich durfte während dieser Woche bei der faszinierenden Friedensaktivistin und Kinderpsychiaterin Joanna SantaBarbara und ihrem Mann Jack wohnen. Sofort nach meiner Ankunft nahm Joanna mich gemeinsam mit Kerstin, die in Hamilton ihr Sozialprojekt sowie eine Famulatur in Joannas Praxis machte, mit zu einer Kayak-Tour in der „Thousand-Islands"-Region. Nach dem New Yorker Großstadtstress war das eine wahre Wohltat.

In einem Punkt, das war mein erster Gedanke kurz nach Betreten der Uni, gibt es keinen großen Unterschied zwischen den USA und Kanada; in einem anderen unterscheiden sie sich erheblich: Einerseits strotzen beide von Einweg-Plastikgeschirr, in der Cafeteria ist am besten noch jedes Messer einzeln eingeschweißt. Andererseits ist in Kanada der Kleidungszwang viel weniger ausgeprägt als in den Staaten. Ich sah hier kaum einen Arzt, geschweige denn einen Studenten, mit Krawatte. Das wäre in New York undenkbar gewesen. Sogar bei einer zwanglosen Erstsemesterbegrüßung mit Würstchen und koscherem

Essen haben die Studenten ausnahmslos Krawatten getragen.

In den folgenden Tagen führte ich unzählige Gespräche mit Studierenden, mit Lehrenden und mit Vordenkern der „McMaster-Philosophie". Außerdem nahm ich an mehreren POL-Sitzungen, Klein- und Großgruppensitzungen teil. Letztere verdutzten mich zutiefst. Entgegen dem ursprünglichen Credo, das jegliche Art des Frontalunterrichts verdammt, schleichen sich bei McMaster durch die Hintertür doch einige Vorlesungen ins Curriculum. Sie werden euphemistisch „large group sessions" genannt, entsprechen aber ganz ordinären Vorlesungen. Die Studierenden, das stieß mich zunächst völlig vor den Kopf, wollen sogar noch mehr davon. Zwar beklagen sie auch vereinzelt die Langweiligkeit und nicht immer perfekte didaktische Darbietung, fordern also auch bessere Vorlesungen, begrüßen aber grundsätzlich das Mehr an Einführung, an Strukturgebung. Als sie mir dann aber noch einmal verdeutlichten, dass sie in der McMaster-Welt des radikalen selbstbestimmten Lernens noch nicht einmal in Anatomie eine Vorlesung hören, sondern dass sich jede Kleingruppe um einen Termin bei einem der Dozenten selbst kümmern muss, konnte ich sie eindeutig besser verstehen.





Ich war spontan erleichtert, dass wir in Lübeck nicht den radikalen Weg gegangen sind, sondern dass unser Konzept dem zentralen Kleingruppenunterricht eine kontinuierliche, strukturierende morgendliche Vorlesung zur Seite stellt. Diese Vorlesungen, das wurde mir eindringlich ans Herz gelegt, sollten jedoch unbedingt nach Erarbeiten eines Falles positioniert werden, um aufgekommene Fragen beantworten zu können und nicht im Vorhinein das Suchen nach Differentialdiagnosen einzuschränken.

In McMaster dauert das Medizinstudium - im Gegensatz zu den vierjährigen Studiengängen in den meisten Unis Nordamerikas - nur drei Jahre. Deshalb war ich darauf gefasst, dass das Studium mehr Tageszeit einnehmen werde als für deutsche Studierende. Ich war erschrocken, wie viel die Medizinstudierenden tatsächlich für ihr Studium studieren. Dabei ist erstaunlich wenig Druck dahinter. Das selbstbestimmte Lernen konfrontiert die Studierenden nur früh und häufig und anhand von realistischen Patientensituationen mit ihren Wissenslücken. Das fördert den Impuls, selbst aktiv Fragen zu stellen, um die Lücken zu schließen. Daraus resultiert ein ungeheurer persönlicher Zeitaufwand, aber auch ein enormer Wissenszuwachs. Der anfangs durchaus vorhandene Nachholbedarf an naturwissenschaftlichem Basiswissen wird dadurch mehr als befriedigt. Studien belegen zudem, dass das so erworbene Wissen deutlich länger *be-haltbar* ist. Und trotz des Stresses macht es einfach mehr Spaß, sich zuerst die Frage und dann die Antwort selbst zu erarbeiten. Ein McMaster-Bewunderer sagte einmal sinngemäß: Der Unterschied zwischen McMaster und dem herkömmlichen Studium ist wie der Unterschied zwischen Sex und künstlicher Befruchtung!

Meine Beobachtung war, dass die McMaster-Studierenden über ein deutlich höheres Maß an kommunikativer Kompetenz verfügen als durchschnittliche deutsche Studierende. Jedenfalls waren die Effektivität und der Stil ihrer POL-Sitzungen beeindruckend. Auch fragen sie viel häufiger nach dem Befinden der Patientinnen und Patienten, aber auch nach den Kosten einer Behandlung.

Ich habe in Hamilton beeindruckende Menschen und begeisterte Lehrende kennengelernt. Außerdem habe ich viele Antworten erhalten und viele neue Ideen mitgenommen. Ich bin aber auch auf einige Schwächen und Fußangeln des Systems aufmerksam geworden, vor denen ich unsere Reform hoffentlich werde bewahren können. Insgesamt kam ich nach der McMaster-Erfahrung mit einer beachtlichen Reform-Euphorie nach Lübeck zurück. Leider ist diese an den realexistierenden Gegebenheiten und Bedenken immer weiter zusammengeschmolzen. Einer meiner Gesprächspartner in Kanada, Professor Geoff Norman, gab mir eine unerwartete Antwort, provokativ und doch bedenkenswert: „Problem Based Learning is no good educational reform, it is a successful social reform."

Schluss: Montréal

Zuletzt verbrachte ich noch zwei Wochen in Montréal und famulierte in der Pathologie. Auch hier, an der („teilreformierten") McGill-Universität, konnte ich an einigen Veranstaltungen teilnehmen und Gespräche mit Lehrenden und Lernenden führen. Insgesamt ist auch hier mein Urteil: Die Studierenden waren sehr zufrieden und äußerst motiviert, und nie habe ich engagiertere Lehrende getroffen als in Kanada!

Zum Glück - oder aber leider - war auch der Chef der Pathologie einer der besonders engagierten Lehrenden. So versuchte er immer wieder, mich anhand verzwickter mikroskopischer Präparate und mit gezielten Fragen zum Nachdenken und zum aktiven logischen Nachvollziehen pathophysiologischer Vorgänge anzutreiben. Und immer wieder hatte ich unerhörte Aha-Erlebnisse. Wieder wurde mir klar, wie wenig ich im deutschen Medizinstudium Lernen gelernt habe – sondern lediglich Auswendiglernen mit baldiger Vergessensgarantie. Und dringend wurde mir aufs Neue die Notwendigkeit einer Reform klar, deren zentraler Anspruch im „Lernen lernen" besteht. Der New Yorker Banker, der eigentlich Philosoph sein wollte, konnte natürlich nicht wissen, wie gut er den Kern meines Aufenthaltes und auch meiner weiteren Bemühungen traf, als er über die Notwendigkeit des *Lebenslangen Lernens* sprach.

Zunächst aber graute mir schon beim Abschied aus Montréal vor dem, was mich zu Hause erwarten würde und was nun, da ich diese letzte Zeile hinschreibe, schon seit einiger Zeit in vollem Gange ist: Dass ich nämlich beim Lernen für's Zweite Staatsexamen mit dem vollen Ausmaß meiner Wissenslücken konfrontiert werde und natürlich keine Zeit mehr habe, alle Fragen zu formulieren, geschweige denn alle Antworten zu finden.

Moritz Gerhardt

Lübecker Studierende helfen einem russischen Kinderkrankenhaus

Es war ein Anruf aus Moskau. Kinderärzte von einem Moskauer Kinderkrankenhaus baten um Hilfe, weil für teuere Medikamente das Geld nicht mehr reichte.

Was bedeutete das?

Für Präparate, die in Rußland hergestellt werden (und das sind zur Zeit nur wenige), findet man die notwendigen Mittel. Für Importe braucht man harte Währung und diese ist in Rußland Mangelware. Man hat Räumlichkeiten, Infrastruktur, Geräte, ärztliches „know-how" und muß trotzdem zusehen, wie die Kinder leiden.

..... ich habe mehrere Möglichkeiten in Erwägung gezogen, wie man das notwendige Geld sammeln könnte. Die Kontakte zu Stiftungen und anderen wohltätigen Organisationen ergaben, daß ein Projekt mit ihrer Hilfe in dieser kurzen Zeit zu starten nicht möglich sei: das Geld sei für andere langfristige Projekte verplant. Gespräche mit einigen kirchlichen Gemeinden führten auch nicht zum richtigen Durchbruch: die Kirche würde ein solches Vorhaben natürlich unterstützen, die Unterstützung sei aber primär moralisch und ideell und nicht finanziellen Charakters.

So kam es, daß nach einiger Zeit nur eine Party als Spendenquelle in Frage kam. Der AStA unserer Uni hatte sich bereit erklärt, dieses Projekt zu unterstützen, indem er bei der Veranstaltung der Party mithalf. Insgesamt waren etwa 60 Helfer an der ersten Party (Mittsemesterparty) beteiligt. Überraschend war die große Anteilnahme vieler Studierender, sehr viele wollten dabei helfen und haben in verschiedenen Situationen das Vorhaben kräftig unterstützt. Den gesamten Gewinn der Party in Höhe von 3545,- DM haben wir gespendet.

Damit das Geld nicht unterwegs verschwindet, haben wir uns geeinigt, ein konkretes kleines Projekt zu unterstützen, bei dem man leicht die Übersicht bewahren kann. Mit dieser Bedingung wurde das Geld nach Moskau gebracht.



In Moskau habe ich dann das „Städtische Klinische Kinder-Krankenhaus Ismailovo" besucht. In Gesprächen mit Ärzten hat sich herausgestellt, daß mehrere Bereiche Unterstützung brauchen. Ein Bereich war allerdings am schwersten vom Geldmangel betroffen: Kinder mit Hämophilie A, die mit teuren Faktor-VIII-Präparaten behandelt werden. Diese Präparate werden in Rußland nicht produziert und müssen für harte Währung im Ausland eingekauft werden.

Dies ist der Grund, warum die Kinder in Moskau im Normalfall mit sehr viel preisgünstigeren Plasmakonzentraten behandelt werden müssen, die in Rußland hergestellt werden. Diese Behandlung ist allerdings mit Nebenwirkungen behaftet, die z.T. sehr schwer ausfallen können.

Schließlich fiel die Entscheidung, die Hilfe einem kranken Kind zukommen zu lassen. Es heißt Viktor Gusev, ist 11 Jahre alt und geht in der Grundschule in die 4. Klasse. Die persönliche Geschichte der Familie Gusev ist sehr tragisch. Als Viktor 5 Monate alt war, wurde bei ihm Hämophilie A diagnostiziert. Das war wie ein Urteil für die Familie. Die Mutter wußte sofort, was auf sie zukommt, denn ihr Bruder hatte an Hämophilie mit 21 Jahren qualvoll sterben müssen. Es hatte keine Therapie an dem Ort gegeben, wo sie gelebt hatten: nach jeder Blutung hatte der Bruder mindestens 1 Woche mit unerträglichen Schmerzen im Bett liegen müssen, bis die Gelenke abgeschwollen waren.

Viktor selbst hatte vieles durchmachen müssen, was auf solche Kinder in Rußland zukommt. Bis zu seinem 9. Lebensjahr hatte man ihn ausschließlich mit Plasmakonzentraten behandelt, was enorme Nebenreaktionen ausgelöst und sein Leben buchstäblich zur Hölle gemacht hatte. Erst seit 1997 hatte man in Rußland die Möglichkeit, Faktor-VIII-Konzentrate zu kaufen. Die sind aber sehr teuer. Die Eltern müßten die Kosten der Behandlung selbst aufbringen oder zusehen, wie das Kind unter der Behandlung mit Plasmakonzentraten leidet.

Als die Entscheidung, Viktor zu unterstützen fiel, war mir sehr wohl bewußt, daß man diese Krankheit nicht heilen kann. Es ist „nur" eine Linderung möglich, wenn man die Faktor-VIII-Präparate verabreicht. Aber die Eltern und das Kind haben gese-



Russische Patientenbroschüre für Eltern, deren Kinder an Hämophilie erkrankt sind



Was ist Hämophilie A und wie beeinflußt diese Krankheit das Leben der Betroffenen?

Hämophilie A ist eine angeborene Gerinnungsstörung, bei der ein Mangel an Gerinnungsfaktor-VIII besteht. Man kennt Hämophilie auch unter dem Namen „Bluter-Krankheit". Das betroffene Gen liegt auf dem X-Chromosom. Man unterteilt Hämophilie in 4 Schwergrade: schwere (62%), mittelschwere (18%), leichte (17%) Hämophilie und Subhämophilie (3%). Sie unterscheiden sich im Gehalt des Faktors im Blut und in der Schwere des klinischen Bildes. Betroffen sind fast ausschliesslich Männer.

Die Erkrankung tritt oft erst im 2. Lebensjahr auf. Das klinische Vollbild umfasst eine Reihe von Beschwerden, die durch Blutungen hervorgerufen werden:

1) Die häufigsten Probleme verursachen Blutungen in die grossen Gelenke (Knie-, Sprung- und Ellenbogengelenke). Diese sog. „Hämarthrosen" können ohne nachweisbare Verletzungen entstehen und haben die Neigung zu Rezidiven. Dabei kommt es zu chronischen degenerativen Gelenksveränderungen, die unbehandelt eine fibröse oder knöcherne Gelenkversteifung („Ankylose") verursachen.
2) Grosse Blutungen unter die Haut oder in den Muskel können zu Schock, chronischer Anämie (Blutmangel), Kompressionen von Nerven und Arterien oder Nekrosen (Gewebsuntergang) führen.
3) Gefährliche Blutungen im Mundbodenbereich können die Atemwege verlegen und so die Atmung behindern.
4) Hämaturie (Blut im Urin) tritt oft auf und führt zu Anämie.
5) Blutungen im Bereich des Schädelinnenraums haben eine hohe Sterblichkeitsrate. Heilen sie aus, so hinterlassen sie eine Neigung zu epileptischen Anfällen.
6) Bei Verletzungen oder kleinen chirurgischen Eingriffen wie Zahnextraktion sind Spätblutungen charakteristisch. Zunächst kommt es zu einer anscheinend normalen Blutstillung, weil die Bildung des primären Thrombozytenthrombus nicht gestört ist. Stunden bis Tage danach wird jedoch dieser Thrombus insuffizient, weil er von keinem Fibrinthrombus verstärkt wird. Es kommt zu Blutungsrezidiven.

Die Therapie beschränkt sich auf symptomatische Massnahmen. Bei eingetretener Blutung steht, neben lokaler Behandlung wie Kompression, die Substitutionsbehandlung an erster Stelle. Ihr Ziel ist es, den im Körper fehlenden Faktor VIII in geeigneter Form von außen zuzuführen, bis eine wirksame Konzentration im Blut erreicht ist.

Zur Substitution eignet sich in milden Fällen Blut oder Plasma. Bei schwereren Krankheitsbildern oder Unverträglichkeit der Plasmakonzentrate braucht man Faktor VIII-Präparate. Es gibt verschiedene Präparate auf dem Markt, die sich in Reinheitsgraden und Herstellungsverfahren unterscheiden. Gewonnen wird der Faktor VIII aus menschlichem Spenderblut. In Deutschland werden reine Faktor VIII-Konzentrate verwendet, in Russland wird nur ein teilweise aufgereinigtes Faktor VIII (das eben schon erwähnte Plasmakonzentrat) hergestellt.



Die Therapie ist in den meisten Fällen erfolgreich, kann allerdings folgende Komplikationen haben:

1) Unspezifische allergische Reaktionen. Sie treten schon während der Infusion auf und bestehen in Kopfschmerzen, Ausschlägen, Krämpfen und Atemnot.
2) Gefahr einer Infektionsübertragung (HIV, Hepatitis)

Bei Plasmakonzentraten treten diese Nebenwirkungen sehr viel häufiger auf!

hen, daß es Menschen gibt, die helfen. Das hat ihnen Kräfte für schwierige Minuten gegeben, die sie bestimmt noch haben werden.

Ich bin der Meinung, daß man nicht nur da helfen muß, wo sich große Katastrophen ereignen, sondern auch ein einzelnes Schicksal verstehen und unterstützen muß, denn die Medizin war und ist primär für individuelles Leben und individuelle Gesundheit verantwortlich. Als Studierende können wir, offen gesagt, den Patienten noch nicht viel helfen. Dafür haben wir mit unserer finanziellen Hilfe die Arbeit anderer Ärzte ermöglicht und sind somit indirekt unserer medizinischen Pflicht nachgegangen.

Studierende, die dabei mitgemacht haben, haben anderen Menschen geholfen, ihre Gesundheit zurückzugewinnen. Und das ist eigentlich das Wesentliche in der Medizin: anderen Menschen konkret zu helfen!!!

Ein großer Dank geht insbesondere an die vielen Studierenden, die nicht Medizin



Комитет здравоохранения г. Москвы

Измайловская детская городская клиническая больница
Гематологическое консультативно-диагностическое отделение

Москва, Верхняя Первомайская ул., 15/48 тел.465-60-83 тел/факс 465-11-74

Студенческий парламент
Медицинского Университета
г.Любик ФРГ

Уважаемые коллеги!

Благодарим за внимание и помощь, которые Вы оказали больному с гемофилией Гусеву Виктору 11 лет. Мальчик наблюдается в нашем гематологическом центре с 1990г. Гемофилия протекает тяжело, с частыми рецедивирующими кровоизлияниями в локтевые, коленные и голеностопные суставы. Для лечения используются дорогостоящие препараты концентрата VIII фактора, недостаток в которых мы в настоящее время испытываем. Ваша помощь в препарате « Hemofil-M« в количестве 5-ти флаконов, обеспечит мальчику месячный курс лечения.

Еще раз примите нашу искреннюю благодарность. Будем рады с Вами сотрудничать.

Зав. гематологическим центром
Измайловской ДГКБ



Вдовин В.В.

Dankesbrief des Chefarztes der hämatologischen Abteilung an das StuPa (links das Original, unten die Übersetzung von Dimitri) links unten: Viktor hält glücklich die Faktor-VIII-Präparate. Rechts ist seine Mutter, links der Chefarzt der hämatologischen Abteilung

studieren. Ohne Eure großartige Hilfe wäre das Projekt nicht möglich gewesen!!!

Diese Aktion blieb nicht unbemerkt und das Projekt hat weitere Unterstützung durch die Erstsemesterparty und die Nikolausparty erhalten.

Mein persönliches Dankeschön an alle, die dieses Projekt ermöglicht haben!

Dimitri Tcherkasov



Gesundheitsamt Moskau

Städtisches Klinisches Kinderkrankenhaus Ismailovo
Hämatologische Konsultativ-diagnostische Abteilung

An das Studentische Parlament
der Medizinischen Universität zu Lübeck

Sehr geehrte Kollegen und Kolleginnen,

wir danken Ihnen für Ihre Hilfe, die Sie für das kranke Kind, Viktor Gusev 11 Jahre, geleistet haben. Das Kind wird in unserem hämatologischen Zentrum seit 1990 beobachtet. Die Erkrankung verläuft schwer mit oft rezedivierenden Blutungen in die Ellenbogen-, Knie- und Sprunggelenke. Zur Behandlung müssen teure Faktor-VIII-Präparate eingesetzt werden. Ihre Hilfe hat es ermöglicht, einen monatigen Behandlungskurs zu finanzieren.
Nochmals vielen Dank! Wir freuen uns, mit Ihnen weiter zusammenzuarbeiten.

Chefarzt der hämatologischen Abteilung Vdovin W.W.



A Community Health Project for the Huye Commune Rwanda

Das Projekt ist von Studierenden (lokal aus Ruanda und international aus England und Deutschland) organisiert mit dem Ziel, die medizinische Versorgung und den Lebensstandard einer ruandischen Dorfgemeinschaft zu verbessern. Das soll mit möglichst einfachen und kostengünstigen Methoden erreicht werden, immer in Zusammenarbeit mit der Dorfgemeinschaft und Studierenden aus dem Projektland. Die Ziele entsprechen denen des „Primary Health Care"-Konzeptes der WHO (World Health Organisation).

1997 wurde das Projekt bei einem Workshop über „Menschenrechte" in Uganda entwickelt und im August 1998 offiziell von der internationalen Dachorganisation der Medizinstudierenden (IFMSA) angenommen.

Die Aktivitäten finden in 2 Dörfern (Sovu und Muyoguru) in Huye im Süden von Ruanda statt, ca. 15 km von der Nationalen Universität von Ruanda entfernt.

Unser Ziel ist es, die medizinische Versorgung und den Lebensstandard in der Gemeinde durch die aktive Mitarbeit der Bevölkerung zu verbessern.

Nach einer Studie des lokalen Koordinationsteams im März 1999 über die Gesundheitsbedürfnisse der Gemeinde haben sich mehrere Bereiche herauskristallisiert, wobei zwei von uns bis jetzt weiter ausgearbeitet wurden:

1. Reduzierung der Malariaprävalenz in der Gemeinde
2. Verbesserung der hygienischen Verhältnisse durch Latrinenbau und die Behandlung von Trinkwasser



Im Projekt arbeiten wir eng mit dem nationalen Malariaprogramm des Gesundheitsministers zusammen. Außerdem bietet der Gesundheitsposten regelmäßige Veranstaltungen an, die über Malaria, Übertragungsmöglichkeiten, Präventivmaßnahmen usw. informieren. Wir möchten eine Ausbildung für 20 Frauen aus der Gemeinde im Nähen von Mosquitonetzen und Kleidern anbieten. Diese Produkte sollen dann gegen ein geringes Entgeld verkauft werden und der Erlös den Frauen als Einkommen dienen.



Die sanitären Verhältnisse sollen verbessert werden, indem Latrinen gebaut werden und der Gesundheitsposten Veranstaltungen zum Thema Wasserbehandlung und -lagerung anbietet.

Zumindest eine weitere Maßnahme zur Einkommenssteigerung ist in Planung. Auch wurde angedacht, mit professioneller Unterstützung ein Projekt mit kriegstraumatisierten Kindern eines Waisenhauses anzugehen. Diese Dinge müssen jedoch noch genauer mit der Gemeinde besprochen und ausgearbeitet werden.

Das gesamte Projekt ist auf 3 Jahre Dauer ausgelegt und soll danach von der Gemeinde selbst getragen werden können. Es soll sowohl intern, von dem lokalen Koordinationsteam und der Gemeinde selbst, als auch extern, vom internationalen Team, der Nationalen Universität von Ruanda und dem Gesundheitsminister, evaluiert werden.

Weiterhin stehen uns Mitarbeiter der WHO, des Deutschen Entwicklungsdienstes (DED) und andere Vertreter des Public Health Bereiches beratend zur Seite.

Die Mitarbeit für internationale Studierende während der Projektzeit ist geplant, muß jedoch noch sorgfältig überlegt werden. Bis jetzt haben wir die Aktivitäten aufgrund der politischen Situation so ausgearbeitet, daß sie notfalls auch von den ruandischen Studierenden alleine getragen werden können.

Wer Lust hat, an der Planung dieses Projektes mit zu arbeiten oder einfach noch mehr Informationen haben möchte, kann sich gerne an das AstA-Auslandsreferat wenden.

Angelika Mayer

Eigenlob stinkt - nicht immer...

Nachdem Ihr uns gewählt habt, möchten wir Euch kurz von unseren Tätigkeiten und Zielen berichten und uns auf diesem Wege vorstellen.

Die meisten von Euch kennen uns aus dem „Copy shop" der Uni, wo wir Klausuren und Skripte sammeln, sortieren und an Euch weitergeben. Viele von Euch erinnern sich bestimmt noch an die chaotischen Zeiten, in denen die Klausuren weder geordnet noch vollständig waren, vor allem, weil sie durch edle Kommilitonen entwendet wurden. Mittlerweile haben nur noch wir Zugang, was aber auch an unserem Hightech-Kopierer liegt, der abgesehen von einigen Papierstaus und elektronischen Störungen doch recht treu die riesigen Berge ausspuckt, die wir ihm abverlangen. Damit alles schneller geht, haben wir die Klausuren für die Vorklinik bereits als Vorrat vorkopiert. Dieser Vorrat ist allerdings erschöpflich, und Ihr solltet daher die Unterlagen untereinander weitergeben. Es sei noch erwähnt, daß wir ehrenamtlich arbeiten und nicht ein festes Gehalt beziehen (wie einige zwischendurch vorwurfsvoll bemerkten, wenn der Papierkrieg verloren war).

Ansonsten verkaufen wir am Anfang des Semesters Kittel und stehen Euch dabei auch gerne in modischen Fragen zur Seite - ob der kurze Chemiekittel beispielsweise besser ankommt als der lange Visitenkittel.

Wir organisieren den Injektionskurs, der Euch auf den Ernst des Lebens als Famulant/ in und PJler vorbereitet.

Wichtig ist unsere Aufgabe als Vermittler zwischen Euch und den Profs, falls es mal Probleme gibt. Vieles wird auch organisiert und verhandelt, ohne daß Ihr viel merkt - nur manchmal die positiven Ergebnisse. Falls Euch Unzulänglichkeiten auffallen, sagt Bescheid!! Wir sind 10 Studierende aus dem dritten bis siebten Semester- also habt Ihr fast immer einen Ansprechpartner in unmittelbarer Nähe:

Elena Basler
Michaela Böster
Susanne Haase
Annika Hansen
Maike Hansmann
Gerhard Heinrichs
Rainer Mario Poll
Marion Rapp
Tonia Sohns
Gent Visser

...Eure Fachschaft Medizin

Von Seefahrern zu Schiffsärzten?

Die Fachschaft Informatik ist umgezogen

Jahrelang befand sich unser Fachschaftsraum in der altehrwürdigen ehemaligen Seefahrtschule, und zwar im zweiten Stock des Altbaus - quasi direkt unter der Radarantenne. Aber was nützt die schönste Lage inmitten der Wallanlagen zwischen Mühlenteich und Kanaltrave, wenn sich kaum eine Studentin oder ein Student je dorthin verirrt? In unserem Studiengang spielt sich ein immer größer werdender Teil des Geschehens auf dem Campus zwischen Ratzeburger Allee und Mönkhofer Weg ab, so daß ein Fachschaftsraum in der Seefahrtschule kaum noch seinen Zweck erfüllen kann - zumal, wenn unter einer Dachschräge und neben einem in Hüfthöhe quer durch den Raum verlaufenden Balken nie mehr als zwei Leute Platz gefunden hätten.

Es ist daher nicht überraschend, daß wir schon seit längerem ins Auge gefaßt hatten, uns auf dem Hauptgelände der Universität niederzulassen. Auf Grund der allgemein sehr schwierigen Raumsituation dort, bedurfte es allerdings deutlicher Anstrengungen, bevor wir uns Mitte des vergangenen Jahres schließlich in Pavillon 21 einrichten konnten. Hier, in unmittelbarer Nähe zu zwei Hörsälen und direkt gegenüber vom Rechnerraum, liegt der Fachschaftsraum nun mitten im Geschehen, sozusagen am Puls des Studiengangs. Zu regelmäßigen Öffnungszeiten haben wir uns nicht überwinden können, denn wir sind immer noch der Meinung, daß unser Studiengang übersichtlich genug ist, als daß so etwas nötig wäre. Sprecht also einfach einen der Fachschaftsvertreter persönlich an: Namen, Bilder und mehr Infos findet ihr auf unserem Web-Server unter „http://fachschaft.informatik.muluebeck.de". Natürlich könnt Ihr uns auch eine E-Mail an „fachschaft@informatik.muluebeck.de" schicken. Ein Hinweis darf an dieser Stelle natürlich nicht fehlen: Engagiert Euch, macht mit und kandidiert bei den nächsten Hochschulwahlen, denn wer sollte es sonst tun? Und vergeßt nicht: Auch von Informatikerinnen und Informatikern werden in zunehmendem Maße kommunikative und soziale Kompetenz erwartet! Was es mit Fachschaft, StuPa, AStA, Konvent, Senat, Konsistorium usw. überhaupt auf sich hat, erfahrt Ihr bei uns.



rk

AStA

der Medizinischen Universität

1999/2000

Vors

Politik

Gregor Peter

Jen

gebore

„Politik findet in allen Lebensbereichen statt. Wer meint, Politik würde nur im Bundestag gemacht und es würde reichen, wählen zu gehen, verschenkt wertvolle Möglichkeiten der Mitgestaltung seines persönlichen Lebensumfeldes.“

Jülsch Ganten

Öko

„Niemand begeht einen größeren Fehler als jemand, der nichts tut, weil er nur wenig tun könnte.“

Matthias Finell

Öffentlichkeit

„Eagles may soar, but weasels don't get sucked into jet engines.“

Pierre Buchholz

Aufgabe: Alles und jeden über Gerüchte, Fakten und Veranstaltungen informieren - Erreichen könnt Ihr mich in meiner Studi-Stunde: Dienstag 13 Uhr bis 14.30 Uhr, oder Ihr legt einfach einen Zettel ins Öffentlichkeits-Fach.

„Man sieht nur mit dem Herzen gut, das Wesentliche ist für die Augen unsichtbar.“

Björn Mac

geboren: 20.03.80 in Berlin
Hobbies: Handball, Surfen, Lesen, Theater, Cafés

...itz

„Jeder Tag ist ein Abenteuer. Anstrengend, aber spannend!"

...ns Ebnet

...oren: 13.02.80 in Bonn

Sport



Kim Luley

Der AStA im World Wide Web:
http://www.asta.mu-luebeck.de

E-Mail an den AStA:
- vorsitz@asta.mu-luebeck.de
- finanzen@asta.mu-luebeck.de
- kultur@asta.mu-luebeck.de
- oeffentlichkeit@asta.mu-luebeck.de
- oeko@asta.mu-luebeck.de

Ausland



„Warum in die Ferne schweifen, wenn (das) Ruanda (Projekt) so nahe ist?"

Angelika Mayer

Finanzen

erreichbar jeden Donnerstag von 12.10 Uhr bis 12.50 Uhr im AStA,Haus 24 - oder Zettel ins „Finanz"-Fach



„Heute ist noch nicht morgen, und morgen ist auch noch'n Tag."

Michael Hunze

Dimitri Tcherkassov

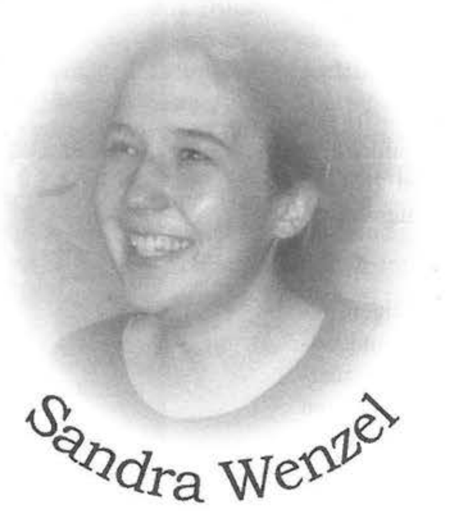
Kultur

...chner

„Ein Tag ohne Lächeln ist ein verlorener Tag."

Heli Krüger

geboren: 03.02.78
Hobbies: Sport, Parties



Sandra Wenzel

Öffentlichkeitsreferat

'Es ist unterhaltsamer, mit jemandem zu sprechen, der keine langen, schwierigen Wörter benutzt, sondern kurze, einfache Sätze wie zum Beispiel: „Wie wär's mit Mittagessen?"'

Hallo,



ich bin Pierre, 23 Jahre jung, habe bisher drei Semester Medizin studiert und bin jetzt Referent für Öffentlichkeit im AStA.

Zu meinen Ideen gehört es nicht nur, möglichst viele StudentInnen über hochschulpolitische und allgemeinpolitische Themen, sowie die Arbeit der studentischen Gremien (AStA, StuPa, Fachschaft etc.) zu informieren und die Zusammenhänge der Probleme aufzuzeigen, sondern insbesondere in möglichst vielen StudentInnen das Interesse und den Spaß an hochschulpolitischer Mitarbeit zu wecken.

(Noch) haben wir die Möglichkeit aktiv an der Gestaltung des Uni-Lebens und des Studiums mitzuwirken, und dies sollte von uns ruhig in Anspruch genommen werden (siehe Reformstudium).

Natürlich müssen wir, um gemeinsam effektiver für unsere Positionen eintreten zu können, das große Informationsloch füllen, aus dem u.a. das weit verbreitete Desinteresse für Hochschulpolitik resultiert. Jeder weiß z.B., daß die Fachschaft im Gebäude des AStA untergebracht ist, aber wer der AStA ist und welche Aufgaben er hat, ist den meisten unbekannt. Meist werden diese beiden Gremien gleichgesetzt, obwohl sie unterschiedliche Aufgabenfelder haben.

Die fehlende Transparenz schlägt sich letztendlich auch in den Hochschulwahlen nieder. Eine Wahlbeteiligung von 28% ist äußerster Rekord und Kandidaten lassen sich nur schwer finden.

Ich möchte Euch nicht nur ermutigen, aktiv an den bereits bestehenden studentischen Gremien oder Zeitungen mitzuarbeiten, sondern auch neue Möglichkeiten der Mitarbeit und Informationsweitergabe zu suchen und ins Leben zu rufen.

Wenn Ihr Vorschläge, Anregungen oder weitere Fragen habt, schreibt, e-mailt, faxt mir oder kommt doch einfach einmal in die Studi-Stunde bzw. zum wöchentlichen AStA-Treffen.

Studi-Stunde

Wer Pu den Bären kennt, sollte wissen, daß Kaninchen einmal sagte:

„Man muss ja wohl Respekt vor jedem haben, der DIENSTAG buchstabieren kann, auch wenn er es nicht richtig buchstabiert."

Und deshalb bin ich jeden Dienstag von 13.00 - 14.30 Uhr im AStA zu erreichen.

e-mail: oeffentlichkeit@asta.mu-luebeck.de

FAX: 0451/500 4141 (Vermerk: Öffentlichkeitsreferat)

Pierre Buchholz

Finanzreferat

Das hier bin ich.

Ich heiße Michael Hunze, und in diesem Bild seht ihr mich bei der Erfüllung meiner Aufgabe im AStA: beim Geld-Festhalten! Ich bin nämlich in diesem und im nächsten Semester der Finanzreffi des AStA. Und was ich in Wahrheit mache, steht hier.

Alle Studierenden zahlen pro Semester einen Beitrag von 110 DM an das Studentenwerk. Davon behält das Studentenwerk 65 DM selbst, und 30 DM gehen an die Stadtwerke Lübeck (damit sie uns wieder ein Semester lang in ihren Bussen mitnehmen). Wer besser rechnen kann als ich, weiß jetzt, daß 15 DM übrigbleiben. Dieses Geld geht auf das Konto der Studierendenschaft und wird dann nicht von mir festgehalten, sondern im Interesse der Studis wieder ausgegeben. Neben vielem anderen werden Chor und Orchester unterstützt, es werden Zeitschriften und Bücher gekauft, die im AStA zum Lesen ausliegen, und es werden verschiedenste Veranstaltungen finanziert oder vorfinanziert.

Natürlich benötigen auch die beiden Fachschaften zur Erfüllung ihrer vielfältigen Aufgaben Geld, und die Kosten der AStA-Arbeit, über die ihr in dieser Bauchpresse lest, werden auch aus Geldern der Studierendenschaft gedeckt. Wilden Spekulationen zum Trotz bekommt übri-



gens kein Studi, der Aufgaben im AStA oder in der Fachschaft wahrnimmt, dafür Geld.

Schwarze Konten haben wir auch nicht. Die Buchführung ist so schon kompliziert genug.

Die Entscheidung, wieviel Geld für welchen Zweck ausgegeben wird, trifft das Studierendenparlament.

Ich kümmere mich dann um den ganzen organisatorischen Teil der Finanzen (Rechnungen bezahlen, Buchführung) und bin gegenüber der Studierendenschaft dafür verantwortlich, daß mit ihrem Geld sorgsam umgegangen wird. Wer Geld für studentische Aktivitäten ausgelegt hat oder einen Vorschuß benötigt, kann sich auch an mich wenden. Außerdem erzähle ich gerne jedem, der es hören will, alles über unsere finanzielle Situation und über die sonstige AStA-Arbeit.

Man erreicht mich am besten per Mail unter hunze@asta.mu-luebeck.de oder per Fax unter 0451 - 5004141. Ein einfacher Zettel ins „Finanz"-Fach im AStA-Büro tut's aber auch.

Michael Hunze

Rekultivierung 2000

Wir sind wieder da - das Kulturreferat des AStA. Nachdem dieses Referat zwei Jahre brachgelegen hatte, haben wir, Heli Krüger und Björn Machner (beide 1. Semester), vor, den Staub von den alten Ordnern zu wischen. Wie wir uns das vorstellen?

Mit Hilfe von Projekten, die attraktiv für die Studierenden sind, um ihr Interesse dafür zu gewinnen, was uns Menschen zu dem macht, was wir sind.

Kultur muß aufgebaut, gelebt und gepflegt werden. Wir bemühen uns dabei, ein möglichst mannigfaltiges Programm anzubieten. So organisierten wir unter Mithilfe des gesamten AStA eine Podiumsdiskussion mit den Lübecker Bürgermeisterkandidaten im November. Zudem wirkten wir bei der Organisation der traditionellen „Feuerzangenbowle"-Aufführung im Dezember mit.

Projekte wie Filmvorführungen, z.B. „Blue eyed" mit anschließender Diskussion unter Mitwirkung der Frauenbeauftragten der Uni und der FH, Fahrten zu Hamburger Musicals sowie die Durchführung heißer und lauter AStA-Parties sind in fester Planung und hoffen auf rege Teilnahme. Wir appellieren an alle Studierenden, selbst aktiv zu werden, sei es nur dadurch, uns Anregungen, Kritik und Verbesserungsvorschläge zu geben.

Wir möchten uns mehr als Koordinatoren für die Aktivitäten der Studierenden verstanden wissen denn als Einzelorganisatoren.

Wir sind über unsere e-mail-Adresse erreichbar:
kultur@asta.mu-luebeck.de
und würden uns über Mitstreiterinnen und Mitstreiter freuen, die uns in unserer Arbeit unterstützen wollen.

In freudiger Erwartung der lebendigen, fachübergreifenden, gemeinsamen Aktionen im neuen Jahrtausend

Euer Kulturreferat
Heli Krüger und Björn Machner

Victoria

Nomen non est omen

Es ist ungewöhnlich: Im Juni 1999 kommt ein älterer Herr einfach so bei einer AStA-Sitzung vorbei, um ein Projekt vorzuschlagen: Einer seiner Bekannten hat ein großes, einigermaßen zentral gelegenes Gebäude erworben - das ehemalige Hotel Victoria - und wäre nun bereit, es zu einem Studentinnen- und Studentenwohnheim umbauen zu lassen, sofern Organisation und spätere Verwaltung von anderen erledigt werden. Herr Koscielsky, so heißt unser Besucher und Senator a. D., stellt sich eine attraktive Alternative zu den Wohnheimen des Studentenwerks vor, denn dieses Projekt soll von Anfang an auf den Ideen und Erfahrungen von Studierenden aufbauen. Auf diese Weise soll ein Wohnheim entstehen, daß den Bedürfnissen heutiger Studierender optimal gerecht wird, ohne daß es preislich über dem Niveau anderer Wohnheime liegt.

Nachdem sich herausstellte, daß es an der Uni Lüneburg bereits ein vergleichbares und erfolgreiches Projekt gibt, herrscht Optimismus und die ASten von Fach- und Musikhochschule werden einbezogen. Aber schon tritt ein erstes Problem auf: Die Vorlesungszeiten sind an allen drei Hochschulen so gut wie vorbei, es gestaltet sich also schwierig, weitere Leute für das Projekt zu interessieren und einzubinden. In der Zwischenzeit stellt sich heraus, daß sich die Begeisterung in Kreisen der studentischen Gremien in gut absehbaren Grenzen hält: Kaum eine oder einer will sich noch etwas ans Bein binden.

Und so vergeht die vorlesungsfreie Zeit, abgesehen von einer Ortsbesichtigung, einem weiteren Treffen mit Herrn Koscielsky und einigen Telefonaten weitgehend, ohne daß es zu Fortschritten kommt. Im November endlich kommt es zu einem Treffen einiger interessierter AStA-Vertreterinnen und -Vertreter aller drei Hochschulen. Die wesentlichen Ergebnisse dieses Treffens: Wir können die im Rahmen des Projektes auf uns zukommenden Aufgaben nicht ohne Unterstützung anderer Studierender bewältigen und wollen mit Plakaten Werbung machen. Außerdem schreiben wir eine Zusammenfassung dessen, worum es bei der ganzen Sache überhaupt geht, erstellen eine Telefonliste und richten einen E-Mail-Verteiler ein. Bis die Plakate fertig sind und tatsächlich aushängen, vergehen viele Wochen.

Zum zweiten Treffen der bisher Involvierten stößt sogar ein Neuinteressierter - nur auf diejenigen, in deren Räumlichkeiten wir uns treffen wollen, warten wir vergeblich. Kein Treffen - kein Fortschritt und vor allen Dingen kein neuer Termin. Auf die Plakate haben sich leider nur sehr, sehr wenige Leute gemeldet, als endlich im Januar ein neues Treffen angeregt wird - diesmal im AStA der MUL. Der Termin kommt, doch diesmal sind nur die Gastgeber da: gerade einmal zwei Leute. Frustration.

In Lüneburg, so heißt es auf den Internet-Seiten des „Campus e. V." konnte in einer Zeit großer Wohnungsnot mit viel Eigenleistung von Seiten der Studierenden neuer, günstiger Wohnraum geschaffen werden. Liegt darin der Schlüssel zu unserem Problem? Von einer Wohnungsnot können wir hier wahrlich nicht sprechen. Auch sagt man zumindest den Studierenden von Uni und Musikhochschule nicht unbedingt nach, es handele sich bei ihnen um begeisterte Hobbyhandwerker/-innen.



Nicht zuletzt ist der Begriff „günstig" möglicherweise relativ definiert.

Realistisch betrachtet können wir wohl davon ausgehen, daß keine arbeitswütige Hundertschaft von Studierenden wie aus dem Nichts auftaucht und das Projekt an sich reißen wird. Das studentisch verwaltete Wohnheim direkt gegenüber dem Hauptbahnhof können wir also getrost vergessen.

rk

Rezension

Lernen pur!

Karten legen für's Examen

Die Lernkarten für Innere Medizin und die Karten für Pharmakologie aus dem Börm Bruckmeier Verlag machen's möglich.

Wenn man sich ein halbes Jahr auf das zweite Staatsexamen vorbereitet, dann sind einige Durststrecken angesagt. Die Lehrbücher kann man nicht mehr sehen und schon wieder hat man das Gefühl, alles bisher Gelernte vergessen zu haben. Ein kleiner Motivationsansatz, Lernstoff zu erarbeiten und zu wiederholen, sollen die Lernkarten sein. Obwohl ich bisher vom großen Lernstress verschont geblieben bin, habe ich die Lernkarten getestet.

Was als erstes schockiert und meiner Meinung nach auch eher unverschämt ist, ist der Preis. Die Pharma-Lernkarten kosten 49,80 DM und die Lernkarten Innere Medizin gleich 2 x 49,80 DM. Für diesen sensationellen Preis kann man sich auch ein gutes Lehrbuch kaufen, wobei die Karten natürlich kein Lehrbuch ersetzen sollen.

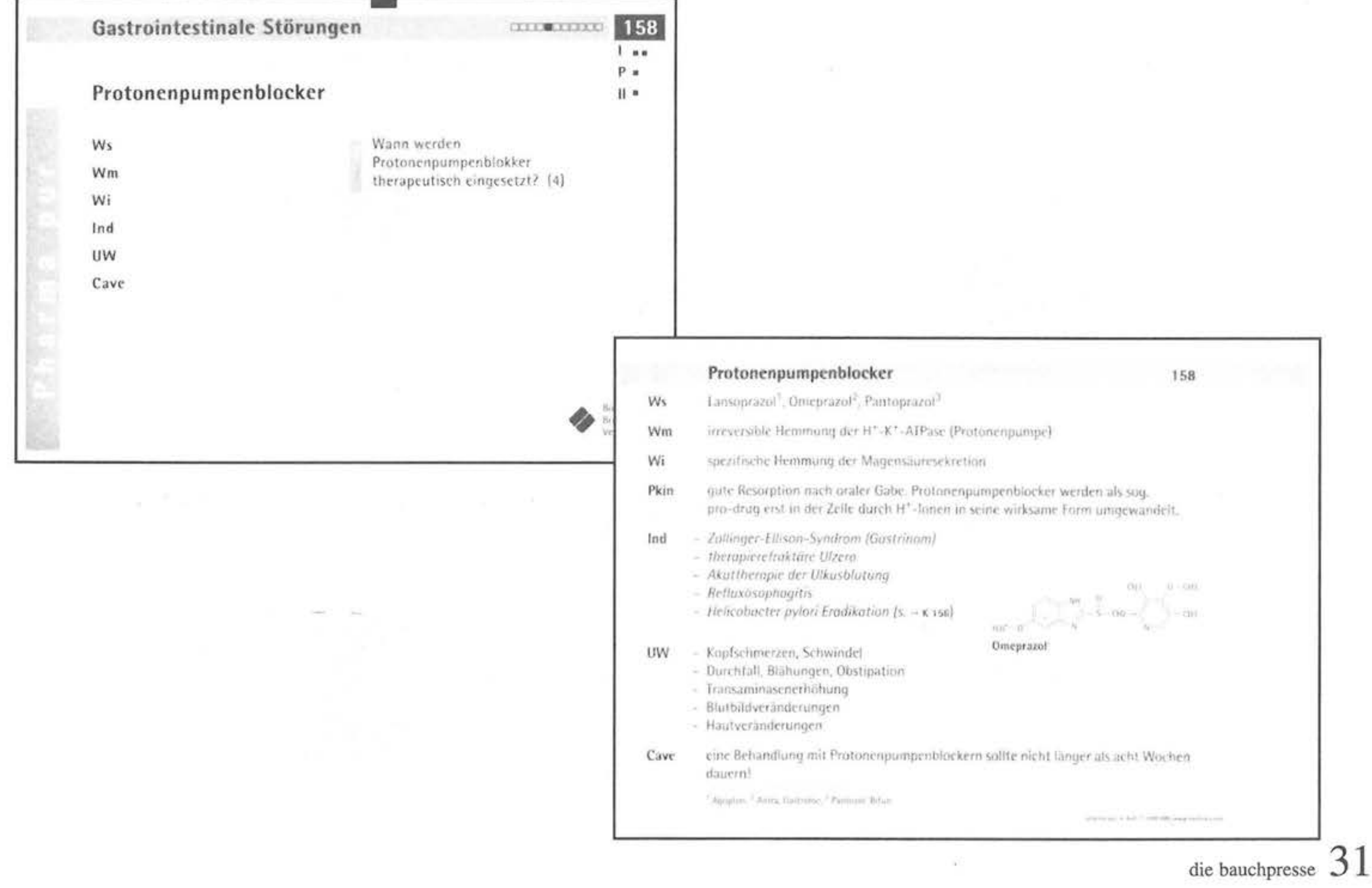
Abgesehen vom Preis halte ich die Lernkarten für eine sinnvolle Ergänzung im Lernalltag. Wie in einem Lehrbuch findet man ein Inhalts- und ein Stichwortverzeichnis, das gezielte Wiederholungen ermöglicht. Zur Gliederung der Karte schaue man auf Abbildung 1 und 2. Wer sich bisher nicht mit Abkürzungen anfreunden konnte, wird es jetzt tun müssen. Auf einer beiliegenden Karte sind alle Kürzel verzeichnet. Zusätzlich zum blossen Lernstoff findet sich auf jeder Karte eine Frage, die die ganze Sache etwas „spannender" gestaltet. Insgesamt hatte ich den Eindruck, dass die Karten inhaltlich an ein Lehrbuch herankommen. Sie vermitteln jedoch nur Fakten, Fakten, Fakten. Um alles in so eine Kartei zu quetschen, bleibt natürlich kein Platz für klinische Beispiele, Kasuistiken, grosse Abbildungen.
Vom Herausgeber wird auch ein System empfohlen, mit dem man die Karten ordnet und wiederholt (Lernstrategie). Letztendlich bleibt es jedem selbst überlassen, wie und wie oft man die Karten lernt.

Eigentlich kann ich nur jedem empfehlen, die Karten einmal auszuprobieren, bevor ihr sie kauft. Wer bei trockenen Fakten eher kapituliert, sollte sich lieber ein schönes Lehrbuch oder einen Taschenatlas kaufen. Es ist eine Menge Geld, aber wer die Karten wirklich nutzt, wird mit Sicherheit sehr davon profitieren.

Wiebke Twesten

Ebner [Hrsg.], Maier, Russ, Wasner: „pharma pur, die Karteikarten", Börm Bruckmeier Verlag 1999, ISBN 3-929785-24-2, 49,80 DM

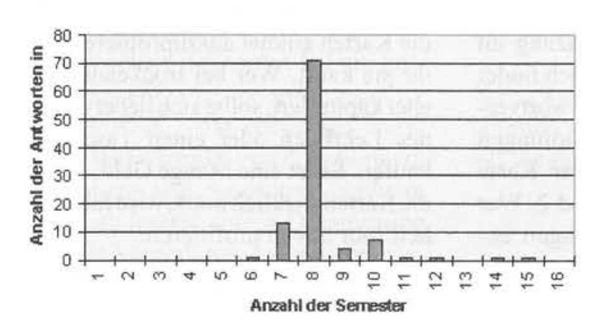
Emmerich et al.: „Innere Medizin pur, die Karteikarten, Tl.1 + Tl.2", Börm Bruckmeier Verlag 1999, ISBN: 3929785307 bzw. ISBN: 3929785315, je 49,80 DM

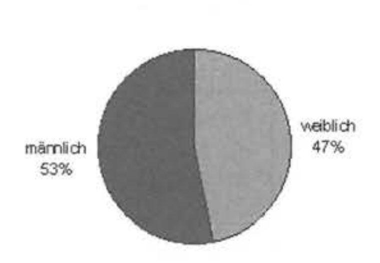


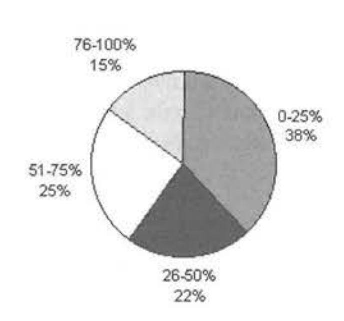


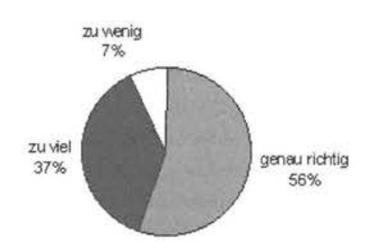
Evaluation Augenheilkunde

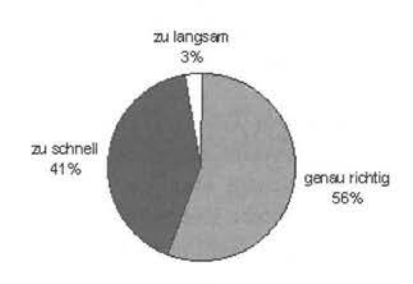
Vorlesung SS ´99



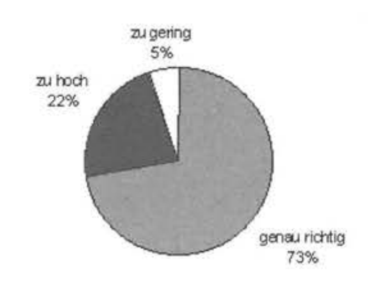


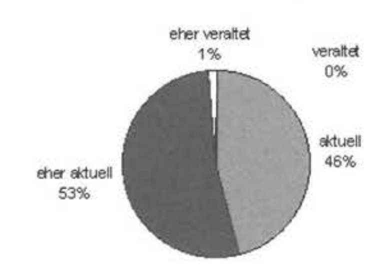














Evaluation Augenheilkunde

Die/der Lehrende wirkt auf mich...



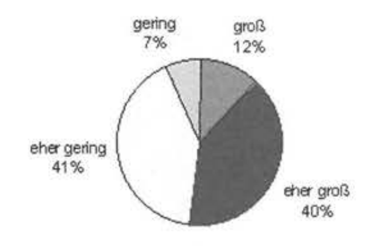
Gelingt es dem/der Lehrenden, auch schwierige Themen verständlich zu erklären?



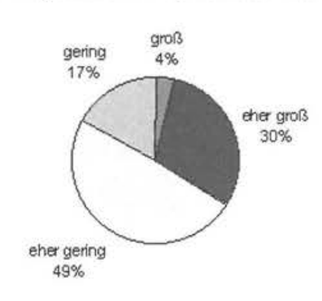
Durch die Veranstaltung ist Dein Interesse am Fachgebiet...



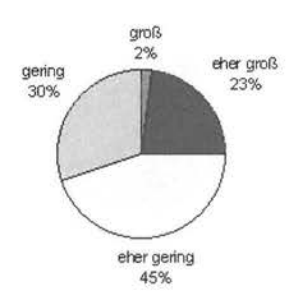
Wie schätzt Du den Nutzen dieser Veranstaltung ein in Bezug auf die Prüfung?



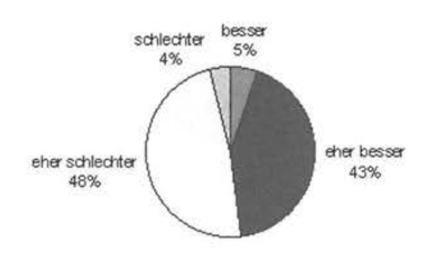
Wie schätzt Du den Nutzen dieser Veranstaltung ein in Bezug auf Deinen späteren Beruf?



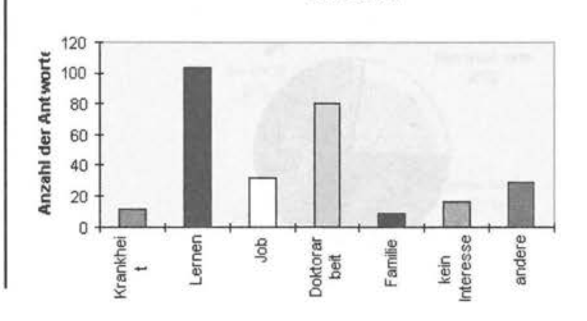
Wie schätzt Du den Nutzen der Veranstaltung ein in Bezug auf Deine persönliche Entwicklung?



Im Vergleich zum Selbststudium aus Büchern ist die Veranstaltung...

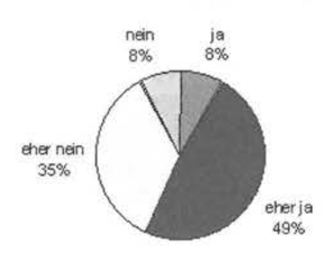


Welche Gründe hast Du, wenn Du die Vorlesung nicht besuchst?

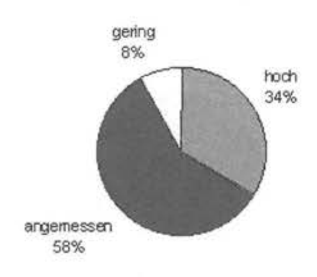


Evaluation Augenheilkunde

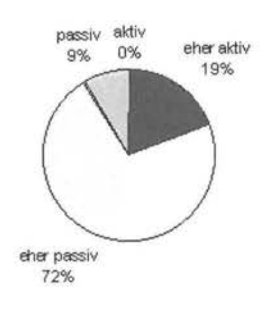
Kannst Du außerhalb der Veranstaltung bei Problemen auf den Dozenten zugehen?



Die Erwartungshaltung des/der Lehrenden an den Wissensstand im Plenum ist...



Wie beurteilst Du die Beteiligung der Studierenden an der Veranstaltung?



Beim Erfassen des Inhalts hat mich der Stil des Vortrags...



Wie geeignet ist das Skript zum Vor-/Nacharbeiten?



Wie beurteilst Du die Aussagekraft der Folien/Dias?



Wie beurteilst Du den Umgang des/der Dozenten/in mit dem/der Patientin?



Wie schätzt Du die Qualität der Anamneseerhebung ein?





Evaluation Augenheilkunde

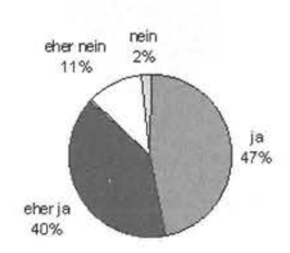
Wahrt der Dozent die Intimsphäre des Patienten in einer der Vorlesung angemessenen Weise?



Wurden die Studierenden in die Patientenvorstellung miteinbezogen?



Trug die Patientenvorstellung zum Verständnis des Themas bei?

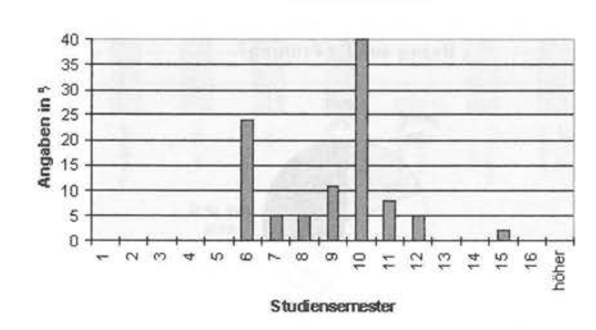


Der Dozent hat ein für Dich produktives Arbeitsklima geschaffen:

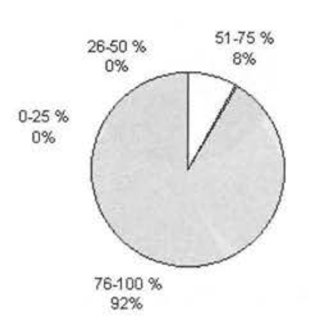


Evaluation Arbeitsmedizin SS´99

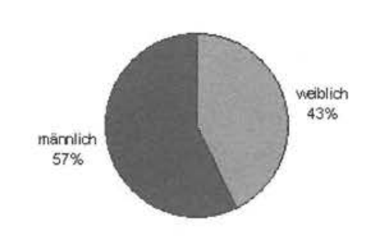
Studiensemester



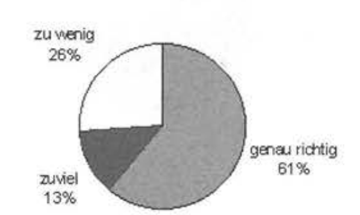
Wie oft warst Du in der Veranstaltung anwesend?



Geschlecht

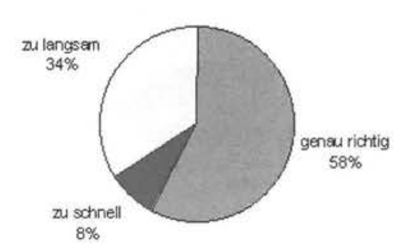


Wie beurteilst Du die Ausführlichkeit des behandelten Stoffes?

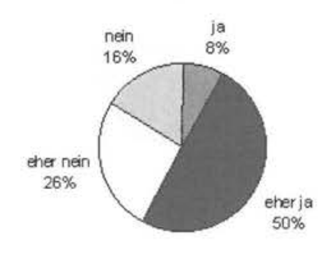


Evaluation Arbeitsmedizin

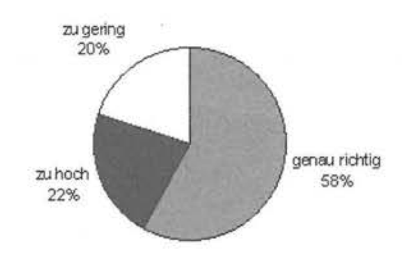
Wie hoch ist das inhaltliche Tempo der Veranstaltung?



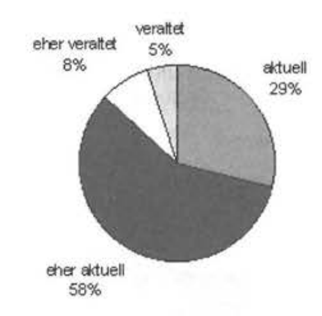
Wurde der Stoff der Veranstaltung in einer für Dich gut strukturierten Weise dargeboten?



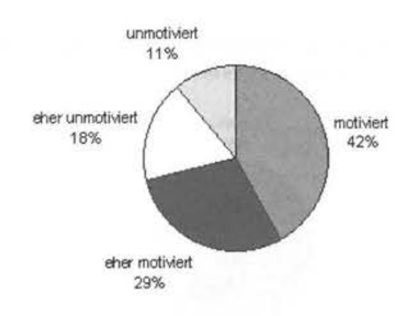
Der Anspruch der Veranstaltung war für Dich...



Bewerte die Veranstaltung bezüglich Aktualität.



Der Lehrende wirkt auf mich...



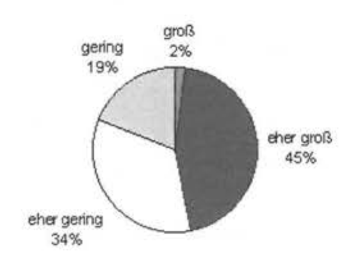
Gelingt es dem Lehrenden, auch schwierige Themen verständlich zu erklären?



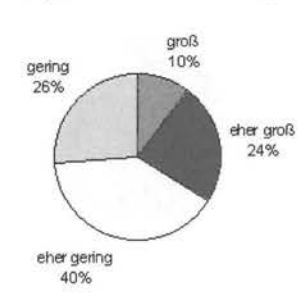
Durch die Veranstaltung ist mein Interesse am Fachgebiet...



Wie schätzt Du den Nutzen der Veranstaltung ein in Bezug auf die Prüfung?



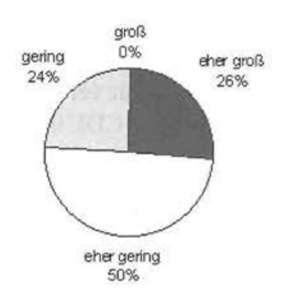
Wie schätzt Du den Nutzen der Veranstaltung in Bezug auf Deine persönliche Entwicklung ein?



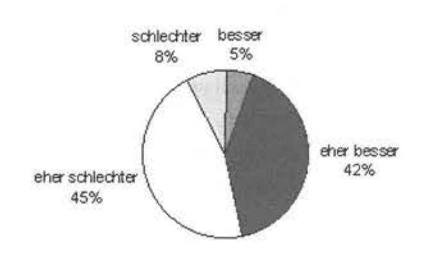


Evaluation Arbeitsmedizin

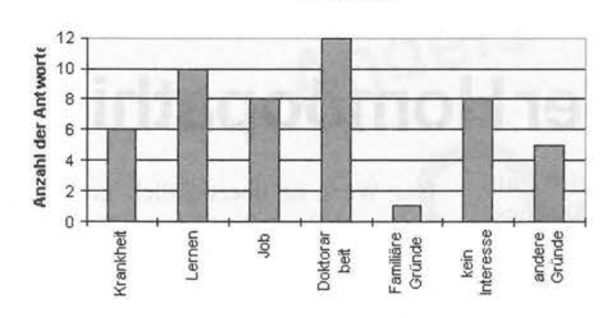
Wie schätzt Du den Nutzen der Veranstaltung in Bezug auf Deinen späteren Beruf ein?



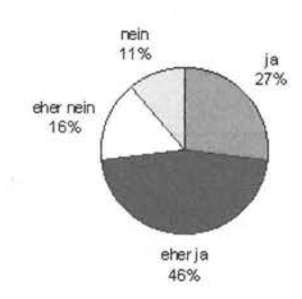
Im Vergleich zum Selbststudium aus Büchern ist die Veranstaltung...



Welche Gründe hast Du, wenn Du die Vorlesung nicht besuchst?



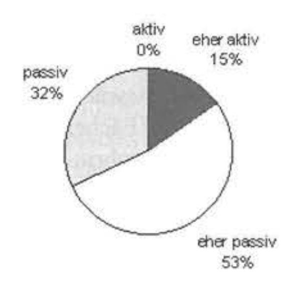
Kannst Du außerhalb der Veranstaltung bei Problemen auf den Dozenten zugehen?



Die Erwartungshaltung des Lehrenden an den Wissensstand im Plenum ist...



Wie beurteilst Du die Beteiligung der Studierenden an der Veranstaltung?



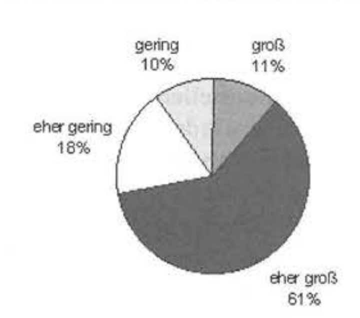
Beim Erfassen des Inhalts hat Dich der Stil des Vortrags...



Wie geeignet ist das Skript zum Vor-/Nacharbeiten?



Wie beurteilst Du die Aussagekraft der Folien/Dias?



Das sind ja gleich fünf Sachen auf einmal

Rezension: "Duale Reihe - Ökologisches Stoffgebiet"

.Das ökologische Stoffgebiet ist mit seinen fünf Fächern Sozialmedizin, Arbeitsmedizin, Rechtsmedizin, Medizinische Statistik und Hygiene ziemlich heterogen. Dies bezieht sich nicht nur auf den Inhalt der einzelnen Fächer, sondern auch auf die Anforderungen, die die einzelnen Fachgebiete (bzw. die entsprechenden Profs) an die Studierenden stellen. Dementsprechend stellt sich die Frage, ob ein Buch für diese Fächer nötig ist. Auf die Idee, für jedes Fach ein eigenes Lehrbuch zu kaufen, kommen nur die Wenigsten. Bewährt hingegen hat sich die Idee, die fünf Fächer in einem einzigen Lehrbuch unterzubringen. Es gibt mehrere dieser Bücher auf dem Markt, am bekanntesten ist mit Sicherheit das aus der Dualen Reihe, das hier in der neuen 3. Auflage vorliegt. Für 90,- DM kriegt man also 5 Fächer auf einen Streich. Lohnt sich denn die Anschaffung?

Ich denke ja. Zum einen ist das Buch ein Standardwerk, das selbst von einigen Profs empfohlen wird, und zum anderen wird es sich wohl kaum vermeiden lassen, daß man selbst zu diesen teilweise wenig beliebten Fächern etwas nachlesen oder - schlagen muß.

Aber kommen wir zum Buch selbst. Es ist im typischen Duale-Reihe-Stil gehalten, d.h. daß man neben einem Haupttext ein Repetitorium am Rande hat. Über diese Stoffaufbereitung mag man sich streiten. Ich denke, daß viele Leute diese Aufteilung nutzen, um sich in kürzester Zeit eine gewisse Stoffmenge anzueignen, und dafür ist es wohl auch gedacht. Wer damit nicht arbeiten kann, muß es ja nicht nutzen...

Davon mal abgesehen hat das Buch viele farbige Bilder und Fotos, die die besprochenen Themen entsprechend begleiten. Bemerkenswert sind insbesondere einige rechtsmedizinische Fotos, die einen trotz Präp-Kurs und Fernsehen noch erschauern lassen, insbesondere wenn man sich Gedanken darüber macht, wie die abgebildeten Verletzungen zustande gekommen sind. Darüber hinaus gibt es noch zahlreiche Tabellen und Merkkästen, die das Lernen erleichtern sollen.
Der Erscheinungstermin Mitte vergangenen Jahres bietet außerdem die Gewißheit, ein einigermaßen aktuelles Werk zu erwerben, auch wenn man bedenken muß, daß sich z.Z. gerade unser Gesundheits- und Rentensystem im Umbruch befindet und das Kapitel „Sozialmedizin" am ehesten an Aktualität verlieren wird. Solange allerdings die CDU ihre Mehrheit im Bundesrat halten kann, kann man davon ausgehen, daß viele Reformen doch nur stark abgemagert beschlossen werden können. Das mag dem Hippokrates-Verlag zugute kommen, weil dann das Buch länger „frisch" bleibt und die nächste Auflage nicht so schnell erscheinen muß; ob es der Bundesrepublik zugute kommt, sei dahingestellt.

Wie auch immer, wer ein Buch im Bereich des ökologischen Stoffgebietes sucht, wird wohl um die Duale Reihe kaum herumkommen. Es gibt eigentlich wenige Bücher, die man so bedenkenlos weiterempfehlen kann wie dieses. Viel Erfolg damit!

mf

Gaus, Hingst et al.: „Ökologisches Stoffgebiet", 653 S., 206 Abb., 141 Tab., ISBN: 3-13-117543-5, 89,- DM

Rezension: Lehrbuch der Homöopathie

Inhalt:



Der erste Band des zweibändigen Gesamtwerkes bietet eine in zehn Kapitel unterteilte grundlegende Einführung in die Homöopathie.

Nach einer Einleitung, in der die Stellung der Homöopathie in der Gesamtmedizin erläutert wird, wird in den weiteren Kapiteln auf folgende Themen eingegangen: Arzneimittellehre, Symptomatologie, Fallaufnahme in der homöopathischen Praxis, verschiedene Wege zur Arzneifindung, Benutzung eines Repertoriums (Symptomenverzeichnisses), Richtlinien der Arzneigaben, Arzneireaktionen und Behandlung spezieller Krankheitsformen. Im letzten, etwas spezielleren Kapitel, wird auf Konstitutionslehre, Diathese (Krankheitsveranlagung), Ätiologie von chronischen Erkrankungen und die homöopathische Krankheitslehre (sogenannte 'Miasmenlehre') eingegangen. Das Werk ist fast durchgehend mit Fallbeispielen illustriert, die das Verständnis der in den verschiedenen Kapiteln jeweils behandelten Themen deutlich verbessern.

Kommentar:

Das 'Lehrbuch der Homöopathie' von Gerhard Köhler ist, inhaltlich wie didaktisch, sicherlich eines der besten Lehrbücher zum Thema.
So wird es auch in den ärztlichen Weiterbildungskursen immer wieder empfohlen. Das Werk ist übersichtlich gegliedert, aufgrund der allgemeinverständlichen Ausdrucksweise und des angenehmen Druckbildes sehr flüssig zu lesen.
Mit den zahlreichen Fallbeispielen bietet es vor allem auch schulmedizinisch 'Vorbelasteten' eine gute Einstiegsmöglichkeit. Lediglich die im letzten Kapitel besprochene 'Miasmenlehre' ist für selbige sicherlich zunächst einmal etwas verwirrend.
Alles in allem ein wirklich empfehlenswertes Buch für alle, die sich für Homöopathie interessieren.

Andreas Krakau

Gerhard Köhler: „Lehrbuch der Homöopathie", Band I: Grundlagen und Anwendung, Hippokrates Verlag Stuttgart 1999, 7. erweiterte Auflage, 215 Seiten, 98,- DM



Reform des Medizinstudiums in Lübeck Stand 1/2000 –

Jetzt geht die Reform ab: der Reformkoordinator ist da

Die Durststrecke scheint endlich überwunden. Nachdem in den letzten Wochen und Monaten nur wenig Fortschritte in Sachen Reform gemacht wurden, ist nun endlich ein entscheidender Schritt getan. Der Reformkoordinator hat seit Anfang Januar seine Arbeit aufgenommen. Herr PD Dr. med. Johannes Schulze ist Pharmakologe, kommt aus München und hat dort am München-Harvard-Modell aktiv mitgearbeitet, wo er viele Erfahrungen über alternative Lehr- und Lernformen sammeln konnte. Neben der Planung und Etablierung der Blöcke organisierte er vor allem die Tutorenschulung – ein wichtiges Element zum Gelingen einer Reform. Nicht zuletzt wird es für uns auch eine Kostenerleichterung sein, eine Tutorenschulung in Lübeck zu etablieren.

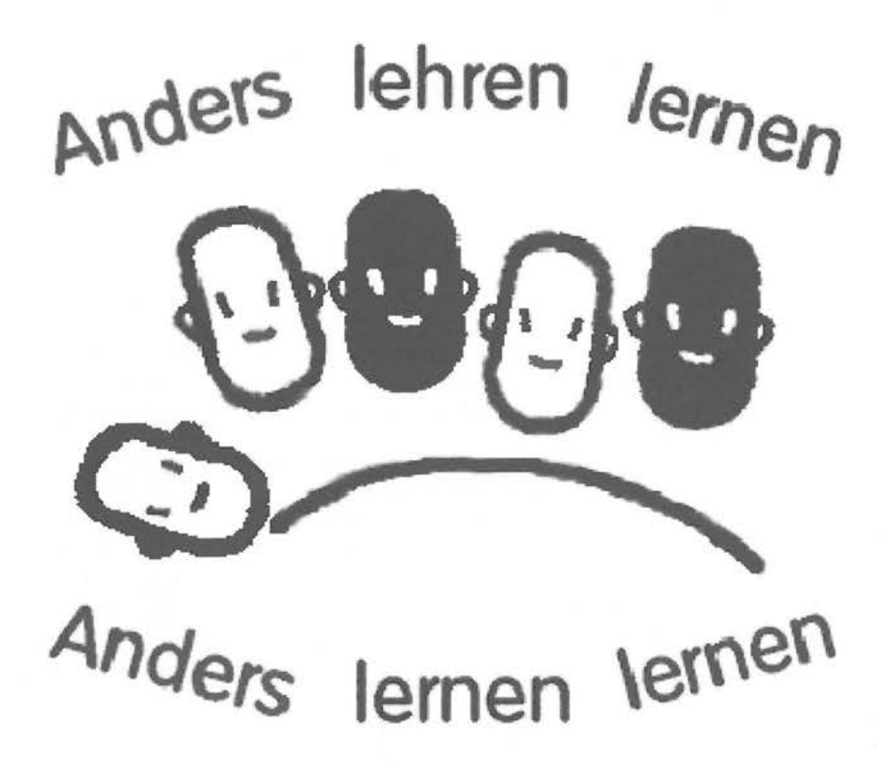
Zunächst wird er nur einige Tage in der Woche in Lübeck sein, hat aber schon konkrete Vorstellungen über sein weiteres Vorgehen.

Bei einem ersten Treffen der Arbeitsgruppe Reform am 11.1.2000 wurde unser Konzept mit Herrn PD Dr. Schulze durchgesprochen. Prinzipiell hielt er es für praktikabel. Über einzelne Aspekte, wie zum Beispiel das Rotationsprinzip, wird jedoch noch heiss diskutiert. In unserem Konzept ist bisher vorgesehen, dass die Studierenden durch die Blöcke rotieren. Dadurch finden alle Blöcke gleichzeitig statt. Dies ermöglicht kleine Gruppen, zwingt jedoch die Lehrenden, ihren Stoff alle vier Wochen zu wiederholen. Zudem ist die Personalbelastung höher. Wenden wir uns jedoch vom Rotationsprinzip ab, so sehen wir die kleinen Gruppen gefährdet. Die beiden Alternativen werden von Herrn PD Dr. Schulze jetzt bezüglich der Realisierung (Räume, Personal etc.) analysiert.

Weitere diskutierte Themen sind die Prüfungsmodi für die Scheinvergabe (incl. Möglichkeit des Wechsels des Studienplatzes), und die Aufbereitung des Lehrplanes und die Eingliederung in die Blökke.

Herr PD Dr. Schulze überzeugte durch seine konstruktive, ruhige Kritik, die zu einer guten Zusammenarbeit mit den Professoren und zu einer zügigen Umsetzung des Konzeptes führen wird.

Wiebke Twesten





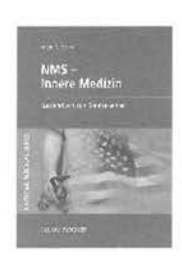
Der große Innere-Bücher-Test

oder: wie beurteilt man über 7500 Seiten geballtes Wissen?

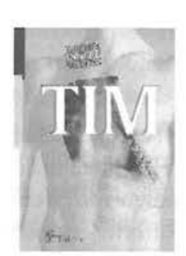












Bei den Lehrbüchern für Innere Medizin herrschte lange Zeit eine gewisse Eintönigkeit. Den „Herold" hatte und hat sowieso jeder, und bei den etwas dickeren Büchern mit festem Einband und schönem Layout, die oft auch Farbabbildungen aufwiesen, gab es gerade mal zwei Vertreter: den CDK (Classen/Diehl/Kochsiek, Urban & Schwarzenberg) und den Gross/Schölmerich (Schattauer). Das ist nun seit dem letzten Herbst vorbei: drei neue Bücher sind auf dem Markt und buhlen um die Gunst, bzw. das Portemonnaie der Studierenden. Die drei „Neuen" heißen: TIM (Thiemes Innere Medizin), Duale Reihe - Innere Medizin (Hippokrates) und Basislehrbuch Innere Medizin von Renz-Polster/Braun. Die drei Bücher verfolgen zwar unterschiedliche Konzepte, doch gekauft werden wollen sie alle. Grund genug für uns, die Kandidaten unter die Lupe zu nehmen.

Die Kandidaten

Wir haben uns sechs Bücher vorgenommen. Das älteste ist der Gross/Schölmerich. Das in einer „Classics"-Ausgabe erscheinende Buch ist von 1996 und bekommt in diesem Frühjahr eine Neuauflage, die wohl komplett überarbeitet sein soll. Dies ist auch nötig, da das Buch gegenüber seinen Mitbewerbern ziemlich alt aussieht.

Das zweite Buch ist der eben schon erwähnte CDK (Erscheinungsjahr der 4. Auflage: 1998). In gewisser Weise stellte es den Standard dar, war das modernste und dickste auf dem deutschen Innere-Bücher-Markt. Beides ist es nun nicht mehr, aber ein sehr gutes Buch bleibt es.

Die direkte Konkurrenz des CDK ist der TIM. Dieses Buch setzt Maßstäbe. Dies gilt für Seitenzahl, Gewicht, aber auch Preis: 199,- DM sind eine Menge Geld für einen Studi. Das Ziel ist klar, wie auch der Werbespruch für den TIM nichts offen läßt: „Der neue Standard". Tatsache ist, daß das Buch einen blendenden Eindruck hinterlassen hat.

SONJA: Mein Favorit ist der TIM! Die Information wird so gut dargeboten, daß ich mich nicht davon erschlagen fühle. Es wird hier zwischen Basics und Zusatzinfo in Form von Kästen unterschieden. Schön sind die vielen Bilder und Schemata. Leider enthält der TIM keine Kasuistiken - das wäre ein Verbesserungsvorschlag. Trotz des dicken Lobes werde ich bei der Examensvorbereitung niemals auf den guten alten Herold verzichten.

Das Innere-Buch aus der Dualen Reihe hätte dies wohl auch gerne geschafft, doch die Enttäuschung war groß. Das Buch hat schöne Abbildungen, hübsche Tabellen, aber es ist eine Qual, es lesen zu müssen. Schade, eigentlich ist man von der Dualen Reihe deutlich besseres gewohnt.

Angenehm überrascht hat das Basislehrbuch. Es ist zum einen sehr günstig (99,- DM), zum anderen hat es ein sehr gutes Konzept. Der Mitherausgeber, Dr. Braun, ist Oberarzt an der Uniklinik hier in Lübeck (siehe auch Interview) und hat u.a. schon den „Klinikleitfaden Innere Medizin" herausgebracht.

Last but not least hatten wir noch ein Buch vom amerikanischen Büchermarkt, nämlich das NMS Kurzlehrbuch Innere Medizin. Dieses Buch hat nicht vor, die ganze Medizin in einem einzigen Buch unterzubringen, sondern beschränkt sich auf die häufigsten Sachen. Ein interessantes Buch, wenngleich nicht jedermanns/-fraus Sache.



Der Test

Bei unserem Test orientierten wir uns an den Büchertests, die „via medici" regelmäßig durchführt. Neben den formalen Krite-



JULIA: Mir persönlich erschienen der „Renz-Polster/Braun" und auch das NMS-Buch am besten für Studierende geeignet. Der „Renz-Polster/Braun" hat Pharma-Kästen und auch den interessanten Aspekt „aus Patientensicht." Das NMS-Buch ist knapp geschrieben, dafür aber bewältigbar. Ich selber hatte mir damals den CDK gekauft, leider nur wenig Zeit gehabt in diesem recht umfangreichen, aber sehr guten Lehrbuch zu lesen. Für mich unangefochtener Spitzenreiter ist und bleibt der „Herold" - zwar sehr unattraktiv gemacht, aber alles drin, was Stud.-Med. wissen sollte.





Peter: Der TIM bietet neue Dimensionen in der Bücherwelt der Inneren Medizin. Ein Werk, das in der Idee am „Harrison" anknüpfen will, ist sicherlich keine geeignete Alternative zur kurzfristigen Klausurvorbereitung, aber ein gut geschriebenes und anschauliches Buch zum intensiven Nachschlagen. Teuer, aber mit Langzeitgarantie.

rien wie Abbildungen, Tabellen und Papierdicke interessierte uns insbesondere die Lesbarkeit der Bücher, so daß wir einen Lesetest machten. Eines Nachmittages trafen wir uns zu fünft im AStA, jeder/jede suchte sich ein kurzes Kapitel aus und las es in allen 6 Büchern. Anschließend besprachen wir die Leseerfahrungen und konnten uns so einen Überblick über die Qualität der Bücher verschaffen.

Die Ergebnisse

Beim Lesetest trennte sich die Spreu vom Weizen. Insbesondere das Buch aus der Dualen Reihe fiel uns sehr negativ auf. Es ist teilweise konfus geschrieben, verliert sich in Details und wirkt völlig unübersichtlich. Wir waren wirklich enttäuscht und auch etwas überrascht, hätte man doch von der Dualen Reihe eher das Gegenteil erwartet. Wir sind der Meinung, daß ein Buch noch so viele Bilder haben kann - wenn der Text unmöglich geschrieben ist, ist das Buch wertlos, weil man keine Lust hat, darin zu lesen.

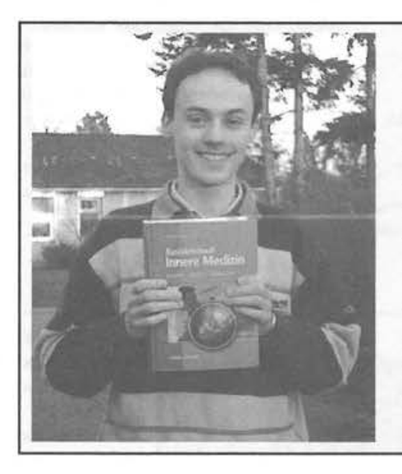
Den besten Eindruck machten der CDK und der TIM. Diese haben auch im Test am besten abgeschnitten. Fraglich ist allerdings, wieviele Seiten man in diesen beiden Wälzern während des Studiums liest.

Das Basislehrbuch ist auf jeden Fall einen Blick wert. Durch seine ausgeklügelte Didaktik eignet es sich auch hervorragend für vorklinische Semester, die etwas in die Innere Medizin reinschnuppern möchten.

Heike: Am besten hat mir der CDK gefallen, weil er gut verständlich und flüssig geschrieben ist. Er ist nicht mit für Studierende unnötigem Detailwissen überladen, liefert aber trotzdem ausreichend Hintergründe. Gut fand ich, dass die Kasuistiken an den Anfang eines Kapitels gestellt wurden - so ist es möglich selbst mehr aktiv mitzudenken. Der CDK ist allerdings eher ein Nachschlagewerk und eignet sich weniger zur Prüfungsvorbereitung. Dafür sollte man auf das NMS-Buch aus dem Fischer-Verlag zurückgreifen: es beschränkt sich auf häufige Erkrankungen und stellt diese gut und ausführlich dar. Es erleichtert beim Lernen die Auswahl, weil Exoten keine Erwähnung finden. Die Grübelei, ob eine Erkrankung im Rahmen des Studiums wichtig ist, entfällt. Das kann man vom TIM nicht behaupten

Die NMS-Innere Medizin erinnert an den Herold, kann ihn aber nicht ersetzen. Es ist anders aufgebaut und kann nirgendwo so recht glänzen. Es ist eher durch seine Beschränkung auf das Wesentliche interessant - wer nur das Wichtigste braucht, ist mit diesem Buch sicherlich gut beraten.

Der zweite Verlierer des Test ist der Gross/Schölmerich. Das Buch wirkt einfach veraltet. Allerdings darf man da auf die Neuauflage hoffen, die in unserer nächsten Ausgabe im Sommer untersucht werden soll.



Matthias: Mein Geheimtip ist das Basislehrbuch von Renz-Polster/Braun. Dieses Buch ist so gut aufgebaut, dass Lernen Spaß machen kann. Auch der Preis überzeugt: 99,- DM und mit Hörerschein sogar noch weniger! Ebenfalls für empfehlenswert halte ich die „Wälzer" CDK und TIM. Mir persönlich sind sie allerdings fast schon zu dick. Diese Bücher machen sich gut im Regal, aber um sie zu lesen, muß man sich sehr viel Zeit nehmen. Und diese hat man nicht immer...

Das Fazit

Ein Innere-Buch ist, zumindest oberhalb einer gewissen Preisgrenze, eine Anschaffung fürs Leben. Deshalb sollte man sich vor einem Kauf gut überlegen: Brauche ich überhaupt ein dickes Buch, oder reicht auch ein etwas kleineres? Und außerdem: jeder liest anders, d.h. man sollte im Buchladen selbst einen Lesetest machen und schauen, ob das Buch gut lesbar ist oder nicht.

Wir hoffen, Euch mit diesem Test ein wenig bei Eurer Auswahl zu helfen. Viel Spaß beim Lesen!

mf

Büchertester: Julia Eppel, Matthias Finell, Heike Harmsen, Peter Iblher, Sonja Pfäffle

1. Technische Qualität

Testbücher	Baenkler et al.:Innere Medizin (Duale Reihe), 1790 S., 404 Abb., 611 Tab., Hippokrates Verlag, Stuttgart 1999, 179,-DM	Classen/Diek/Kochsiek: Innere Medizin, 1682 S., 744 Abb., 664 Tab., Urban & Fischer, München 1998, 178,-DM	Gross/Schölmerich/Gerok: Die Innere Medizin, 1381 S., 630 Abb., 565 Tab., Schattauer, Stuttgart 1996, 118,- DM	Myers: NMS - Innere Medizin, Kurzlehrbuch zum Staatsexamen, 826 S., Urban & Fischer, München 1998, 78,-DM	Renz-Polster/Braun: Basislehrbuch Innere Medizin, 1208 S., zahlr. Abb., Urban & Fischer, Stuttgart 2000, 98,-DM	TIM - Thiemes Innere Medizin, 2306 S., 805 Abb., 848 Tab., Thieme Verlag 1999, 198,- DM
Papier	dünne Seiten, spiegelt nicht +++	spiegelt stark +	sehr dünne Seiten, scheint durch +	spiegelt stark +	schönes, dickes Papier +++	dünne Seiten, spiegelt kaum ++
Einband und Bindung	Hardcover, attraktive Titelgestaltung, bleibt aufgeschlagen liegen	Hardcover, attraktive Titelgestaltung, bleibt aufgeschlagen liegen	Hardcover, unspekt. Titelgestaltung, bleibt aufgeschlagen liegen	Kartoniert, attraktive Titelgestaltung, bleibt aufgeschlagen liegen	Hardcover, attraktive Titelgestaltung, bleibt aufgeschlagen liegen	Hardcover, attraktive Titelgestaltung, bleibt aufgeschlagen liegen
Satzspiegel	einspaltig mit Repetitorium, meist zweifarbig	zweispaltig, mehrfarbig	zweispaltig, zweifarbig	einspaltig, zweifarbig	zweispaltig, mehrfarbig	zweispaltig, mehrfarbig
Gesamtwertung Techn. Qualität	++	++	+	+	+++	++

2. Allgemeine Kriterien

Gliederung und Schrift	gute Absatzgliederung, gute optische Abwechslung, Seitenüberschriften vorhanden, Schrift ist angenehm +++	Absatzgliederung reicht von mäßig bis sehr gut (z.T. kaum Absätze), eher zu wenig optische Abwechslung, Seitenüberschriften vorhanden, Schrift ist angenehm ++	Absatzgliederung mäßig, zu wenig optische Abwechslung, Seitenüberschriften unzureichend, Schrift ist angenehm +	Absatzgliederung mäßig bis gut, optische Abwechslung so gut wie nicht vorhanden, Seitenüberschriften unten, sonst O.K., Schrift wirkt etwas klein +	gute Absatzgliederung, gute optische Abwechslung, wirkt allerdings z.T. etwas überladen, gute Seitenüberschriften, Schrift wirkt etwas klein +++	gute Absatzgliederung, gute optische Abwechslung, Seitenüberschriften vorhanden, Schrift ist angenehm +++
Tabellen, Abbildungen und Fotos	*Tabellen und Kästen:* viele, informativ, gut strukuriert, dreifarbig, *Abbildungen:* sehr viele, gute Qualität, drei- oder mehrfarbig, auch Praxisanweisungen *Fotos:* angemessene Menge, gute Qualität, Farbe +++	*Tabellen und Kästen:* viele, informativ, zweifarbig, z.T. zuviel drin (Aufzählung) *Abbildungen:* viele, informativ, mehrfarbig, wirken z.T. etwas lieblos *Fotos:* angemessene Menge, gute Qualität, Farbe +++	*Tabellen und Kästen:* viele, informativ, zweifarbig *Abbildungen:* eher zu wenig, zwei- bis dre-farbig, stark schematisiert *Fotos:* wenig bis angemessene Menge, gute Qualität, wenig in Farbe ++	*Tabellen und Kästen:* viele, informativ, dreifarbig *Abbildungen:* kaum, schwarz-weiß und stark schematisiert *Fotos:* kaum, schwarz-weiß +	*Tabellen:* viele, gut, informativ, zweifarbig *Abbildungen:* viele, gut, verständlich, mehrfarbig *Fotos:* angemessene Menge, gute Qualität, Farbe *Kästen:* reichlich, sehr sinnvoll (insb. Pharma), störend ist nur der marmorierte Hintergrund +++	*Tabellen:* viele, informativ, zweifarbig *Abbildungen:* viele, gut, verständlich, mehrfarbig *Fotos:* sehr viele, gute Qualität, Farbe *Kästen:* PLUS-Kästen, sehr sinnvoll, zweifarbig +++
Inhaltsverzeichnis und Register	*Inhaltsverzeichnis:* übersichtlich, ausführlich und gut gestaltet; am Anfang jedes Kapitels keine Kapitelübersicht! *Register:* ausführlich EXTRA: erste Seite - Konzeptvorstellung; letzte Seite - Leserumfrage ++	*Inhaltsverzeichnis:* übersichtlich; am Anfang jedes Kapitels auch Kapitelinhalt dargestellt *Register:* umfangreich EXTRA: erste Seite - leer; letzte Seite - Laborparameter +++	*Inhaltsverzeichnis:* dürftig; am Anfang jedes Kapitels ausführliches Kapitelinhaltsverzeichnis dargestellt *Register:* umfangreich EXTRA: erste Seite - Laborparameter; letzte Seite- erregerspezifische Antibiotikawahl ++	*Inhaltsverzeichnis:* ausreichend; am Anfang jedes Kapitels keine Kapitelübersicht! *Register:* sehr kurz gehalten EXTRA: erste Seite - leer; letzte Seite - leer +	*Inhaltsverzeichnis:* übersichtlich; am Anfang jedes Kapitels auch Kapitelinhalt dargestellt *Register:* umfangreich EXTRA: erste Seite - Grobgliederung nach Gebieten; letzte Seite - Pharma-Info-Kästen-Übersicht +++	*Inhaltsverzeichnis:* übersichtlich und gut gestaltet, am Anfang jedes Kapitels ausführliches Kapitelinhaltsverzeichnis dargestellt *Register:* umfangreich EXTRA: erste Seite - leer; letzte Seite - leer +++
Gesamtwertung Allgemeine Kriterien	+++	+++	++	+	+++	+++

3. Sprache, Inhalt und Lernen

	Innere Medizin	Innere Medizin	Die Innere Medizin	NMS - Innere Medizin	Basislehrbuch Innere Medizin	TIM
Eignung	Eignet sich als Nachschlagewerk, für Examen oder Klinikalltag ist es zu ausführlich	Eignet sich als Nachschlagewerk, für Examen oder Klinikalltag ist es zu ausführlich	Eignet sich als Nachschlagewerk, für Examen oder Klinikalltag ist es zu ausführlich	Durch die Knappheit gut geeignet für Examen und Klinikalltag, weniger als Nachschlagewerk	Allroundtalent: Gut geeignet als Nachschlagewerk, aber auch für Examen zu gebrauchen	Eignet sich als Nachschlagewerk, für Examen oder Klinikalltag ist es zu ausführlich
Sprache	Umständlich und unstrukturiert geschrieben, dadurch wenig verständlich und unangenehm zu lesen. Teilweise sehr lange Sätze +	Sachlich angemessen, sehr verständlich und angenehm zu lesen. Normale Sätze +++	Wissenschaftlich und langatmig, dadurch oft unangenehm zu lesen, dennoch verständlich. Normale Sätze +	Trockener Telegramstil, aber gut verständlich und ganz angenehm zu lesen, sehr kurzgefaßt ++	Sehr anschaulich (ein "Studibuch"), sehr verständlich und angenehm zu lesen, manchmal etwas unruhig geschrieben. Normale Sätze ++	Sachlich angemessen, sehr verständlich und angenehm zu lesen. Normale Sätze +++
Inhalt	Die Informationsdichte ist hoch und wichtige Informationen fehlen nicht. Kasuistiken sind vorhanden, Literaturangaben nicht	Die Informationsdichte ist hoch und wichtige Informationen fehlen nicht. Kasuistiken sind vorhanden (oft den Krankheiten vorangestellt - gut!), Literaturangaben am Ende jedes Kapitels	Die Informationsdichte ist hoch und wichtige Informationen fehlen nicht, oft viele Nebensächlichkeiten. Literaturangeben sind vorhanden, Kasuistiken nicht	Die Informationsdichte ist hoch, aber Beschränkung auf die wichtigsten Themen. Keine Kasuistiken und keine Literaturangaben	Informationsdichte ist hoch, alles Wichtige ist drin. Kasuistiken sind vorhanden, Literaturangaben nicht	Die Informationsdichte ist sehr hoch und wichtige Informationen fehlen nicht. Literaturangaben sind vorhanden, Kasuistiken nicht
Lernhilfen	Merksätze, Repetitorium, Wichtiges dick hervorgehoben	Merke! - in roter Schrift, Prüfungsfragen mit Antwortteil	Synopsen am Ende jedes Kapitels	Übungsfragen	Kästen und Ausrufezeichen	Auf einen Blick - Übersichten und PLUS-Kästen
Gesamtwertung Sprache, Inhalt und Lernen	+	+++	+	++	++	+++

"Lernen sollte auch Spaß machen"

Interview mit PD Dr. Jörg Braun. Dr. Braun ist Mitherausgeber des neuen Buchs „Basiswissen Innere Medizin". Nach seinem Medizinstudium in Kiel, Dublin und Lübeck ist er in Lübeck geblieben und seit 1996 Oberarzt in der Medizinischen Klinik II des UKL.



bp: Wie kommt man dazu ein neues Lehrbuch der Inneren Medizin zu schreiben?

Braun: Als wir vor acht Jahren angefangen haben, die ersten Entwürfe zu machen, waren nur der Gross-Schölmerich, der Classen-Diehl-Kochsiek und natürlich der Herold auf dem Markt. Nun haben wir als Studenten, genauso wie die Studierenden heutzutage, mit dem Herold gelernt. Das ist in seiner Knappheit auch ein sehr gutes Buch. Mit den großen Lehrbüchern war ich damals aber sehr unzufrieden, weil sie sehr langatmig waren und das, was einen wirklich interessierte, nicht gebracht haben. Im englischsprachigen Raum, besonders im amerikanischen, gab es viel bessere Lehrbücher, die gezeigt haben, dass man es besser machen kann. So haben wir uns gesagt, dass das ein vernünftiger Ansatz wäre, um es den Studierenden zu erleichtern, sich der Inneren Medizin zu nähern.

bp: Was wollten Sie mit Ihrem Buch konkret besser machen und was hat sie noch außer der Langatmigkeit der vorhandenen Bücher gestört?

Vor allem, dass sie nicht didaktisch waren. Sie haben sich nicht darauf konzentriert, den Wissenstoff, der ja umfangreich genug ist, so aufzuarbeiten, dass man ihn auch lernen kann. Es war mehr eine Kompilation, eine Anordnung von Fakten, die z.T. nicht auf dem neuesten Stand waren und z.T. auch beliebig ausgewählt wirkten.

bp: Seit Sie mit den Vorbereitungen vor acht Jahren angefangen haben, haben viele Bücher Neuauflagen erhalten. Glauben Sie, dass das was Sie damals bemängelt haben, durch die anderen Bücher mittlerweile aufgehoben worden ist, oder sehen Sie immer noch große Mängel?

Für die damals auf dem Markt befindlichen Bücher gelten die Probleme - aus meiner Sicht - eigentlich weiterhin. Es gibt mittlerweile zwei neue Werke, eines aus der Dualen Reihe und der „TIM", die beide vernünftig gemacht sind und sicher besser sind als diese älteren Werke.

bp: Sie haben gesagt, dass die Vorbereitungen 8 Jahre gedauert haben. Warum dauert es solange, ein Lehrbuch zu schreiben?



Die ersten zwei Jahre haben wir uns damit beschäftigt, eine Konzeption auszuarbeiten, wobei wir den Hauptschwerpunkt auf Didaktik gelegt haben, d.h. wir haben nach den Bedürfnissen der Lernenden gefragt: wie schafft man es überhaupt Fakten zu lernen? Dabei gab es drei Punkte, die wir ausgearbeitet haben:

Zum einen muß man Informationen verknüpfen, um sie abspeichern zu können, d.h. dass man eben nicht Einzelfakten nebeneinander lernt, sondern versucht Netze zu bilden.

Das zweite ist, dass man eigentlich am besten lernt wie ein kleines Kind, nämlich indem man fragt: warum ist das so? Zum Beispiel ist es schwierig, körperliche Zeichen verschiedener Erkrankungen zu lernen, wenn man sie auswendig lernt, aber wenn man weiß, warum man z.B. bei der portalen Hypertension einen Umgehungskreislauf über die oberflächlichen Hautvenen hat, ist das viel leichter zu behalten.

Der dritte Punkt war der, dass man am Lernen einfach auch Spaß haben sollte. Dieser Spaßfaktor ist in der Vergangenheit einfach völlig mißachtet worden. Spaß hat man wiederum an drei Dingen:

Das eine sind Bilder. Man kann Bilder besser abspeichern und ein gutes Bild sagt einfach mehr als tausend Worte.

Das zweite ist, man braucht einen Text, der schon präzise ist, der an gewissen Stellen aber auch deutlich werden läßt, dass Medizin keine trokkene Wissenschaft ist, sondern etwas mit Menschen zu tun hat, und deswegen - bei aller Tragik für den einzelnen Patienten - auch durchaus humorvolle Elemente hat.

Und das dritte ist, dass man sich bei konventionellen Lehrbüchern darüber ärgert, wenn Vieles vorausgesetzt wird. Das heißt man fängt ein Kapitel an und liest schon im ersten Absatz fünf Worte, die man nicht versteht, wo man eigentlich anfangen müßte zu blättern, um zu begreifen, was damit gemeint ist. So haben wir uns die Mühe gemacht, uns in jedem Kapitel und bei jedem Wort zu fragen: können das Studierende schon verstehen, können wir das voraussetzen oder müssen wir es noch einmal erklären?

> "Das "teaching" hat in den USA einen viel höheren Stellenwert als bei uns, so daß viele Erfahrungen in der Lehre am Krankenbett direkt in das Buch einfließen konnten."

bp: Wen sehen Sie als Zielgruppe: das gesamte Spektrum der Medizinstudierenden oder schon eher die jüngeren Semester?

Also wir, d. h. mein Mitherausgeber und ich, sind beide leidenschaftliche Vertreter der Inneren Medizin, und wir wollen Studierenden, aber eben auch jedem Arzt, Lust darauf machen, sich damit zu beschäftigen. Und ich glaube, dass die Informationstiefe eigentlich für jeden Studierenden hinreichend ist.



bp: Ihr Mitherausgeber, Herr Renz-Polster, ist z.Z. in Amerika tätig. Wie ist die Zusammenarbeit entstanden?

Vor 8 Jahren arbeitete Herr Renz-Polster nach seinem AiP in der Inneren Medizin als Lektor im Gustav Fischer-Verlag in Lübeck. Er hat damals den Klinikleitfaden "Developing Countries" herausgegeben, der eine große Hilfe bei Auslandsfamulaturen darstellt. Ich hatte ihn als Herausgeber des Klinikleitfadens "Innere Medizin" kennengelernt. Seit mittlerweile 4 Jahren absolviert Herr Renz-Polster seine Facharztausblidung in Pädatrie in Portland (USA). Die transatlantische Zusammenarbeit erfolgte via e-mail. Das "teaching" hat in den USA einen viel höheren Stellenwert als bei uns, so daß viele Erfahrungen in der Lehre am Krankenbett direkt in das Buch einfließen konnten. Ohne den unermüdlichen Einsatz und die unverwüstliche Begeisterung von Herbert Renz-Polster hätte dieses Buch sicher nie das Licht der Welt erblickt.

bp: Nicht jeder schreibt ein Lehrbuch, oft sind das die Chefs, die sich damit auch etwas profilieren wollen. Wie haben denn Ihre Kollegen auf dieses Buch reagiert? Wie war die Unterstützung?

Das Buch ist ja erst im November erschienen, und ein großes Feedback aus dem Kollegenkreis gibt es nicht. Der Grund, warum ich letztendlich überhaupt beauftragt worden bin, waren der „Klinikleitfaden Innere Medizin" und der „Klinikleitfaden Intensivmedizin", mit denen wir schon gute Erfahrungen auch mit diesem Verlag sammeln konnten. Und auf Grund dieser Vorerfahrungen wurde dann eben gesagt: Okay, hier kann das Geld reininvestiert werden, auch wenn da jetzt keine C4-Professoren beteiligt gewesen sind. Wenn man sich mal das Budget anschaut, das man benötigt für so ein Buch, so liegt es bei etwa 2 Millionen DM, d. h. es ist mit einem gehörigen Aufwand verbunden. Und wenn dieses Geld ausgegeben ist, hat noch keiner der Autoren und noch keiner der Herausgeber Geld gesehen - das sind die reinen Produktionskosten.

bp: Haben Sie denn von Studierenden oder von anderen Universitäten Rückmeldungen bekommen?

Die Studierenden wußten letztendlich vor mir, dass das Buch erschienen war. Ich wurde halt auf Hörerscheine angesprochen und schloß daraus, dass es offensichtlich da war. Ich hatte eigentlich erst ein Vierteljahr später damit gerechnet und war ganz positiv überrascht. Das, was ich bis jetzt an Rückmeldungen habe, war positiv und da bin ich auch sehr froh darüber, insbesondere dieser Spaßcharakter scheint doch rübergekommen zu sein.

> "Medizin ist keine trockene Wissenschaft, sondern hat etwas mit Menschen zu tun, und beiinhaltet deswegen - bei aller Tragik für den einzelnen Patienten - auch durchaus humorvolle Elemente."

bp: Apropos Hörerscheine: soll es welche geben?

hIch hoffe, zum Ende des Monats Hörerscheine zu bekomen.

bp: Wovon hängt das ab? Liegt das im Ermessen des Verlages?

Ja. Man muss sagen, daß die Kalkulation des Buches sehr streng gewesen ist. Wir von der Herausgeberseite haben gesagt, dass wir ein großes Lehrbuch wollen, es sollte aber unter 100 DM kosten. Das war bislang nicht für möglich gehalten worden. Ich bin sehr froh, dass uns der Verlag in dieser Richtung unterstützt hat, dort einen Preis festzulegen, der es den Studierenden möglich macht, es nicht nur zu Weihnachten zu kaufen
(Anm. der Redaktion: Der TIM kostet 200 DM und der CDK auch noch mit Hörerschein über 140 DM)

bp: Wie ist für Sie der Stellenwert der Lehre im Gegensatz zur Forschung und zur Krankenversorgung? Das ist ja gerade an einer Uniklinik immer wieder so ein Thema, wie das gewichtet wird. Nun da Sie ein Lehrbuch geschrieben haben: Ist denn die Lehre für Sie etwas Elementares in der Medizin oder ist es ein Bereich, der nebenher läuft?

Die Lehre ist einfach etwas, was mir viel Spaß macht, weil es einen selber dazu bringt, seine Gedanken zu ordnen und sich in regelmäßigen Abständen selbst zu fragen: was weißt du, was ist hängengeblieben? Die Zukunft der Lehre wird sicher eine höhere Professionalisierung erfordern als dies bisher der Fall war, allein schon durch den Einsatz neuer Medien - ich nenne mal Videobeamer, PC, das Aufnehmen von Filmsequenzen und den Einbau von ganz aktuellen klinischen Bildern in die Vorlesung. Dies erfordert einen höheren technischen Aufwand, macht auf der anderen Seite aber auch viel mehr an Didaktik möglich, als dies in der Vergangenheit der Fall war. Insofern denke ich, daß in die Lehre auch mehr Ressourcen fließen müssen, wenn man es wirklich gut machen will.

Das ändert aber nichts daran, dass die Krankenversorgung natürlich für jeden Arzt an erster Stelle steht und ändert auch nichts daran, dass man trotzdem auch Forschung mit Leidenschaft betreiben muß, wenn man an einer Uniklinik arbeitet.

bp: Haben Sie noch weitere Buchpläne für die Zukunft?

Also im Moment muss ich mich erst einmal von diesem Projekt erholen. Ich denke aber, dass es gerade im Bereich „Arzt-Patienten-Kommunikation" viel zu lehren gäbe, was bislang in den Lehrplänen keinen Niederschlag findet. Und ich könnte mir schon vorstellen, da etwas aufs Papier zu bringen.

Eine andere Sache, die mir persönlich auch Spaß machen würde - und das kann man in Zukunft vielleicht auch mit den Studierenden zusammen machen - wäre das gemeinsame Erarbeiten von Kasuistiken, weil man sicher am Fall am allerbesten lernen kann. Da würde ich aber nicht primär an Buchpublikationen in Papierform denken, sondern eher an Internetprojekte, die sicherlich zeitgemäßer sind als das dicke Buch, das man in den Bücherschrank stellt.

bp: Vielen Dank für dieses Gespräch.

Das Interview führte Matthias Finell

P.S. Kurz vor Redaktionsschluß erfuhren wir von Dr. Braun, daß die Hörerscheine frisch eingetroffen sind. Man kann sie bei Frau Jürgens in der Lungenfuntionsdiagnostik abholen!!!

Segeln kann man nicht nur auf der Ostsee!

Seit Sommer 1999 können wir als Studierende der Hochschulen Lübeck diesen Sport auch auf der altstadtnahen **Wakenitz** geniessen.

Kannst Du segeln, bist Du bei uns richtig, kannst Du´s nicht, bringen wir´s Dir bei!



Wir sind eine Gruppe von Wassersportbegeisterten und treffen uns in den Sommermonaten auf der Wakenitz, in der Wakenitz und an der Wakenitz. Dazu stehen uns eine Reihe von Lasern, Congern, Kajaks/Kanus, Schwimmwesten und ein grosses Gelände mit Grillplatz zur Verfügung.

Im Rahmen des Hochschulsports bieten wir den Studierenden die Möglichkeit zu segeln und/oder es zu lernen. Die gesamte Ausbildung und Organisation liegen in den Händen der Studierenden.

Im Laufe der Saison werden Anfängerkurse an den Wochenenden sowie in den Semesterferien angeboten. Die Kurse beinhalten im Wesentlichen eine praktische Ausbildung auf Ein- und Zweimannjollen. Ziel ist es, das Segeln so zu beherrschen, dass die Boote auch ohne Aufsicht benutzt werden können.

Für alle, die diesen Sport schon länger betreiben, bieten wir die Möglichkeit an, sich einmalig freizusegeln, um dann unabhängig aufs Wasser zu gehen. In der kommenden Saison beabsichtigen wir eine Exkursion auf der Ostsee durchzuführen, darüber hinaus besteht die Möglichkeit mit unseren Booten an Regatten teilzunehmen.

Die Kurse an sich sind kostenlos, es wird lediglich ein Versicherungsbeitrag erhoben.

Ihr findet uns von Mai bis Oktober in der Falkenstrasse zwischen Wakenitz und Sportplatz Falkenwiese auf dem ca. 4000 m² grossen Gelände des Hochschulsegelzentrums. Hier lässt es sich auch wunderbar lernen, baden, sonnen, faulenzen, feiern, grillen und alles, was ein Studierendenherz sonst noch begehrt!!

Noch Fragen?! Diese können hoffentlich an unserem Infoboard (ab Februar) in der Mensa oder im Web unter www.segelzentrum.mu-luebeck.de beantwortet werden.

Ansonsten wendet Euch an

Marco Gönne,
Tel: 4791976,
e-mail: goenne@iti.mu-luebeck.de
Christine Seemann, Tel: 503922



War da nicht ein Erfrischungsraum in der Bibliothek...?

Allgemeiner Studierendenausschuß

Medizinische Universität zu Lübeck

Studierendenschaft der MUL · Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck

Tel.: 0451/5003059
Fax: 0451/5004141

Datum: 07.06.1999

Zentrale Hochschulbibliothek Lübeck
- Leitung -
Ratzeburger Allee 160

23562 Lübeck

Betr.: Schließung des Erfrischungsraumes

Sehr geehrte Frau Giese,

vor einigen Wochen ließ uns der Hinweis an der Tür des (ehemaligen) Erfrischungsraumes in der Bibliothek zunächst vermuten, daß dieser Raum lediglich vorübergehend nicht zur Verfügung stehen wird. Bedauerlicherweise mußten wir dann erfahren, daß die Schließung endgültiger Natur ist.

Die Hochschulbibliothek bietet mehr als Bücher: Ihre Räumlichkeiten bieten Studierenden die Möglichkeit, sich ungestört und konzentriert auf wie auch immer geartete Prüfungen vorzubereiten. Diese Möglichkeit wird von außerordentlich vielen Studierenden genutzt, die sich hier nicht selten jeden Tag und jeweils für viele Stunden sehr komplexem Stoff widmen. Dabei hängt der Lernerfolg ganz wesentlich auch davon ab, in angemessenen Abständen regenerative Pausen einzulegen. In diesen Pausen kann man eine Kleinigkeit essen oder trinken und seine Gedanken im Gespräch mit Kommilitoninnen und Kommilitonen für kurz Zeit abschweifen lassen.

Ein geeigneter Ort, diese Pausen zu verbringen, war bis zu seiner Schließung der Erfrischungsraum. Nach der Abschaffung dieses Raumes bleibt nunmehr die Möglichkeit, sich in die Cafeteria oder an die frische Luft zu begeben, sofern es das Wetter zuläßt. Und das Wetter läßt es in diesen Breiten oftmals nicht zu. Die Cafeteria kann den Erfrischungsraum schon unter dem Gesichtspunkt der Öffnungszeiten nicht ersetzen: Regulär schließt sie bereits um 16 Uhr, und in der Vorlesungsfreien Zeit, also in der Zeit der intensivsten Prüfungsvorbereitungen, bleibt sie häufig ganz geschlossen oder ist nur vormittags geöffnet. In diesem Zusammenhang ist auch noch anzumerken, daß der Erfrischungsraum in den Nachmittagsstunden auch als Pausenraum während mehrstündiger Praktika in den benachbarten vorklinischen Instituten genutzt wurde.

Wir befürchten nun, daß in Zukunft zunehmend der Eingangsbereich der Bibliothek und die Gruppenarbeitsräume als Orte der Kommunikation Verwendung finden werden. Die Gruppenarbeitträume könnten dadurch zum einen eine gewisse Zweckentfremdung erfahren, zum anderen bedeutet häufiges Betreten und Verlassen dieser Räume eine extreme Störung für die angrenzenden Arbeitsbereiche. Der Eingangsbereich ebensowenig geeignet, da die offene Bauweise im Inneren der Biblbiothek jeden noch so leisen Laut von dort aus nahezu im ganzen Gebäude hörbar macht.

Wir sehen in den Auswirkungen, die die Abschaffung des Erfrischungsraumes haben wird, eine Gefahr für die so gut genutzte Möglichkeit zu ungestörtem und konzentriertem Arbeiten. Mit der Schließung des Erfrischungsraumes geht darüberhinaus ein Kommunikationszentrum unserer norwegischen Kommilitoninnen und Kommilitonen verloren. Angesichts der Tatsache, daß der Erfrischungsraum seit deutlich mehr als zehn Jahren in dieser Form existierte, erscheint uns seine Abschaffung besonders unverständlich. Wir möchten daher an dieser Stelle unsere Mißbilligung zum Ausdruck bringen und erklären natürlich gleichzeitig unsere Bereitschaft, uns bei der Suche nach einer Alternativlösung einzubringen.

Mit freundlichen Grüßen

R. Koch

Roman Koch, stellvertretender Vorsitzender

Zentrale
Hochschulbibliothek Lübeck

Zentralbibliothek - Ratzeburger Allee 160 - 23538 Lübeck

An den
Allgemeinen Studierendenausschuß
z. Hd Herrn Roman Koch

MUL

Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
Telefon (0451) 500 - 3045
oder (0451) 500 - 3041
Telefax (0451) 500 - 2878

Datum 23. 6.1999

Ihr Schreiben von 7. 6.1999 - Schließung des Erfrischungsraumes

Sehr geehrter Herr Koch,

ich kann Ihren Protest gegen die Schließung des Erfrischungsraumes verstehen. Der Raum war jedoch nie als Kommunikationszentrum gedacht, sondern war ursprünglich ein „Schreibzimmer", also ein Raum für Mitarbeiter. Da die Bibliothek beim Bezug dieses Hauses noch sehr wenige Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen hatte, und zu der Zeit (1977) für die Studierenden deutlich weniger Raum zur Verfügung stand als heute, hat man den Raum als „Erfrischungsraum" eingerichtet. Trotz der langen Dauer dieses „Provisoriums" war er aber immer als Arbeitsraum für weitere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gedacht. Bis Anfang dieses Jahres konnten wir sie in den vorhandenen Räumen unterbringen. Diese Möglichkeiten sind jetzt erschöpft. Als uns zum 1. Juni 1999 ein zusätzlicher Mitarbeiter für die Einarbeitung der Altbestände in den EDV-Katalog angekündigt wurde, blieb nur noch die Schließung des Erfrischungsraumes. In diesem Raum wird im Sommer noch ein zweiter Arbeitsplatz für einen weiteren Mitarbeiter eingerichtet.
Für die Getränke- und Süßigkeitenautomaten hat sich Platz im Flur gefunden, allerdings können diese Lebensmittel nun nicht mehr in den Räumen der Bibliothek in ruhiger Umgebung verzehrt werden, da sie nicht mit in die Lesebereiche genommen werden dürfen.
Bereiche für Kommunikation sind in diesem Gebäude nicht vorgesehen. Der Eingangsbereich eignet sich - aus den von Ihnen erwähnten Gründen - nicht dafür, und ich kann nur an alle Nutzer der Bibliothek appellieren, auch in diesen Bereichen möglichst leise zu sein, da das Gebäude sehr hellhörig ist. Als Pausenraum für mehrstündige Praktika der vorklinischen Institute könnte eventuell der Vorraum vor dem Hörsaal genutzt werden.
Für kleine Arbeitsgruppen stehen weiterhin die Gruppenarbeitsräume zur Verfügung, die früher oft leer waren und jetzt häufiger genutzt werden.
Ein weiterer Raum, in der in Zukunft so genutzt werden kann wie bisher der Erfrischungsraum, steht in der Bibliothek leider aus Raummangel nicht zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

R. Giese

„Keine Schwarzen ins Hüx!“

Das waren die Worte des Türstehers an einem Samstagabend (bzw. -nacht). Wir waren eine kleine Gruppe von Studierenden, unter der sich zwei ausländische Famulanten befanden, die von uns, d.h. vom DFA betreut werden. Ein Famulant kommt aus Ghana, der andere aus Italien. Mit dem Italiener hatte der Türsteher keine Probleme, dem Ghanesen wollte er aufgrund seiner Hautfarbe keinen Einlaß in die Diskothek gewähren. Am vorigen Wochenende habe es eine Messerstecherei gegeben, bei der auch Schwarze beteiligt gewesen seien. Deswegen dürfe unser Gast aus Ghana nicht ins Hüx, so die Begründung des kahlgeschorenen Türstehers. Ich wusste bis dahin gar nicht, dass Messer nur von Schwarzen benutzt werden. Verwirrt und schockiert standen wir noch eine Weile vor dem Eingang herum. Kwaku Poku, der Ghanese, zuvor noch gutgelaunt und redselig, war ganz still geworden.

Das Hüx galt bislang immer als eher alternativ, von der Musik bis zu den Gästen war es immer eine bunte Mischung. Eben die Studi-Disco in Lübeck. Nun wird es wohl einige Studis als Gäste verlieren und ich hoffe, es werden noch mehr werden, wenn sich diese Geschichte herumspricht. Das ist doch purer Rassismus! Wir wurden nicht etwa auf Waffen oder ähnliches durchsucht, wie es ein normaler Vorgang gewesen wäre, um Gewalttaten innerhalb der Disco präventiv gegenüber zu treten. Nein, der Türsteher sah einen Farbigen und folgerte daraus, dass dieser eventuell ein Messer dabei haben könnte. Auf mich achtete er dabei gar nicht; ich hätte mein Schweizer Taschenmesser unbemerkt hinein schmuggeln können.

So etwas darf einfach nicht passieren, egal wie wenig der Türsteher über seine Äusserungen nachdenkt. Besonders in den letzten Wochen hat man doch überall wieder von unserer unrühmlichen Vergangenheit gehört. Zum Milleniumwechsel waren die Bilder aus dem Dritten Reich in besonders vielen Medien. Hat denn dieser Mann das alles gar nicht gesehen? Ich habe mich an diesem Abend an die Bilder erinnert, auf denen stand: „Juden ist der Zugang verboten!“.

Das Schlimme ist, dass er nicht eigenverantwortlich gehandelt hat, sondern die Anweisung von seinem Chef bekommen hat. Das Hüx hat offenbar nicht verstanden, dass Schwarze nicht generell gewalttätig sind. Vielleicht sollte man ihnen das mal sagen.

Von uns geht jedenfalls keiner mehr ins Hüx.

Marc Birnbaum

Kleider machen arme Leute

oder: eine kleine Geschichte über die Ungerechtigkeit dieser Welt

Prolog:

Giftige Textilien

Am 4. Januar dieses Jahres sendet das ARD-Magazin PlusMinus einen Beitrag, der in den darauf folgenden Tagen für viel Aufregung sorgt. Es geht dabei um eine Substanz names TBT, die in verschiedenen Sporttextilien gefunden wird. TBT ist extrem giftig (siehe auch Kasten) und Geschäfte wie Karstadt und Hertie nehmen darauf hin einige der positiv getesteten Kleidungsstücke aus ihrem Verkaufssortiment. Das Bemerkenswerte ist: die giftigen Textilien sind keine no-name-Produkte, sondern stammen von bekannten Marken wie Nike oder Rodeo. Die heile Welt der Modeindustrie, in der schöne glückliche Menschen schöne teure Klamotten kaufen, scheint für einen Moment gestört.

Doch an dieser Stelle hört es nicht auf. Die Geschichte, die ich hier erzählen möchte, beginnt eigentlich an einer ganz anderen Stelle, fernab von Deutschland. Wir machen einen Sprung und kommen an in

Haiti

Haiti liegt in der Karibik auf den westindischen Inseln, genauer gesagt auf der Insel Hispaniola und grenzt an die Dominikanische Republik. Diese wunderschöne Lage könnte es zu einem Paradies für die einheimische Bevölkerung machen, gäbe es da nicht eine desolate Wirtschaftsituation. Doch die Not der einen ist das Glück der anderen, und da wo die Wirtschaft darniederliegt, da läßt es sich mit geringen Investitionen und niedrigen Löhnen produzieren.

Dies hat auch Disney erkannt. Der zweitgrößte Medienkonzern der Welt weiß, wie man zu Geld kommt. Auf Haiti gibt es eine Fabrik, die für Disney Textilien produziert. Die Firma heißt Quality Garments und liegt in der Hauptstadt Port-au-Prince. Man stellt u.a. Mickey Mouse- und Pocahontas-Pyjamas her. Die Werkstätten von Quality Garments haben - trotz des karibischen Klimas - keine Lüftung. Infolgedessen ist es heiß und extrem staubig. Die Nähmaschinen sind z.T. über 20 Jahre alt, außerdem ist alles auch noch schlecht beleuchtet und überfüllt.

Stichwort: TBT

TBT ist die Abkürzung für Tributylzinn. TBT ist eine der giftigsten Chemikalien, die der Mensch bewußt in die Umwelt bringt. Diese organische Zinnverbindung wird als Biozid für Unterwasser-Schiffsanstriche verwendet, d.h. daß der Bewuchs mit Muscheln, Seepocken und Algen verhindert wird. Diese Lebewesen werden durch Kontakt mit TBT abgetötet. TBT ist schwer abbaubar und kann in nahezu der gesamten Nahrungskette nachgewiesen werden (auch im Menschen!). Es greift zudem in einer viel niedrigeren Konzentration in den Regelkreis von Sexualhormonen ein und hat dadurch bereits zum Absterben ganzer Muschel- und Schneckenpopulationen geführt.

Der offizielle Mindestlohn liegt bei 2,40 US-Dollar pro Tag (!), doch noch nicht mal soviel bekommmen die Arbeiterinnen und Arbeiter dort. Meist ist es nicht mehr als ein Dollar pro Tag. Das liegt insbesondere daran, daß pro Stück gezahlt wird. Eine erfahrene Näherin müßte 204 Pyjamahosen pro Tag nähen, um 2,67 US-Dollar zu bekommen. Tatsache ist aber, daß sie in 8 Stunden selten mehr als 150 schafft und so weniger als 2 US-Dollar nach Hause bringt. Für den Unterhalt der Familie reicht dies bei weitem nicht...



Überrascht, schockiert, oder doch geahnt? Machen wir doch noch einen Sprung, diesmal nach

Bangladesh

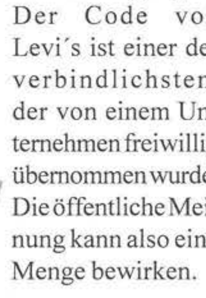
Bangladesh grenzt an Indien und Birma. Es ist ein sehr armes Land und 63% der exportierten Waren sind Textilien. Die Anzahl der Bekleidungsfabriken ist von 300 im Jahr 1978 auf 2500 heute gestiegen. Auf den ersten Blick erscheint diese wirtschaftliche Entwicklung sehr positiv, in Wirklichkeit ist sie sehr problematisch, weil sie bestehende Probleme zementiert.

Die Textilindustrie ist fast vollständig auf Importe angewiesen (nur 4% Stoff aus eigener Herstellung) - dadurch verbleiben nur 30% der Exporteinnahmen im Land, der Rest wird für Importe gebraucht. Da der Bekleidungssektor Zollfreiheit genießt, hat er nicht viel zur Entwicklung des Landes beigetragen, obwohl er 15% der Arbeitsplätze in der Industrie stellt. Der "Standortvorteil" von Bangladesh sind, ähnlich wie bei Haiti, die niedrigen Löhne. Der Monatsverdienst beträgt 400 bis 1500 Taka. Ein armseliges Leben in den Slums der Städte kostet aber schätzungsweise 1700 Taka Unterhalt. 70% der Beschäftigten in der Textilindustrie sind Frauen, die lange Zeit zur Hausarbeit verurteilt waren. Ihre Lage hat sich durch die Arbeitsplätze in der Bekleidungsindustrie aber nur wenig verbessert. Sie stammen aus ärmlichen Verhältnissen, verdienen weniger als zum Überleben nötig ist, und sind oft sexuellen Übergriffen ausgeliefert. Allein vom 1. Januar bis 13. April 1997 wurden 22 Fälle von Vergewaltigung gemeldet.

Auch hier ist die Not der Menschen ein Segen für die Arbeitgeber. Es läßt sich eben günstig produzieren. Warum passiert in solchen Ländern nichts, um die Lage der Arbeiterinnen und Arbeiter zu verbessern? Nun, Gewerkschaften sind entweder nicht zugelassen, oder die Mitgliedschaft in einer solchen führt zur Entlassung. Die Regierungen sind oft nicht daran interessiert, etwas zu verändern, denn sie wissen genau: unangenehme Gesetze und Regelungen führen dazu, daß die oft weltweit tätigen Textilien-Konzerne die Fabriken verlassen und ihre Produktion in Länder verlagern, die nach ihrem Willen handeln.

Die Reise geht weiter: Die Produktionsorte

In den letzten 30 bis 40 Jahren haben sich die Produktionsorte durch die Suche nach immer günstigeren Arbeitskräften immer wieder verlagert. So gab es zunächst einen Trend von Nordeuropa nach Südeuropa, dann weiter nach Asien (Naher Osten - z.B. Türkei) und Nordafrika (z.B. Tunesien). Auch im weiter entfernten Asien gab es eine Verlagerung der Herstellungsländer. Die "Drachen" der ersten Welle (Südkorea, Hongkong, Singapur, Taiwan) haben ihre Inlandsproduktion zurückgefahren und haben ihrerseits in Thailand, den Philippinen, Indonesien und Malaysia investiert. Die vorerst letzte Welle ist in Bangladesh, Pakistan, Sri Lanka und auch Laos, Nepal, Kambodscha und Vietnam angekommen.

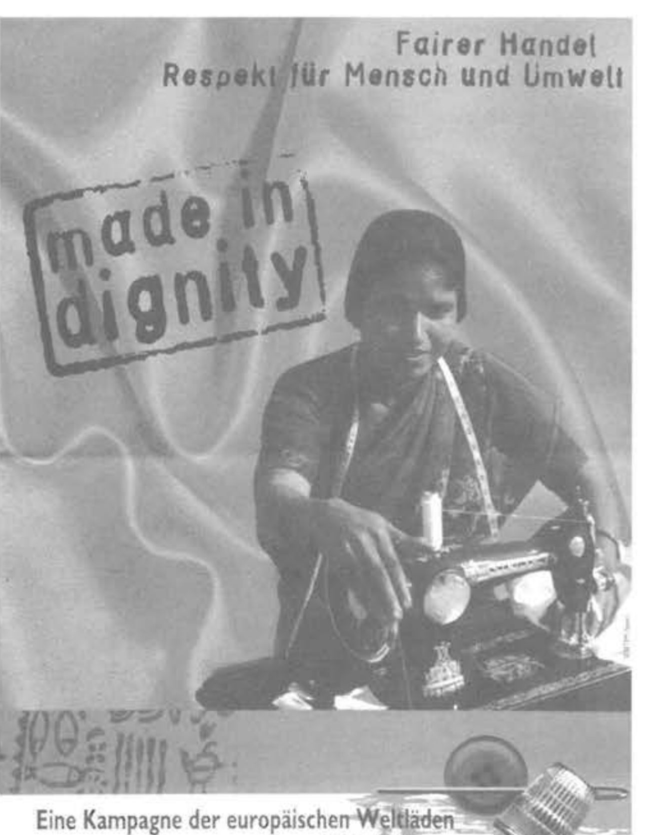
"If we pay them starvation wages— why do they need a lunch break?"

Was kann ich schon bewirken?

Angesichts der scheinbar übermächtigen Konzerne, der unübersichtlichen Weltmarktordnung, der "Globalisierung", die scheinbar für alles, was schiefgeht, eine Erklärung darstellt, mag die eigene Position klein und beschränkt erscheinen. Was kann ich schon bewirken? Man oder frau glaubt es kaum, aber bewirken kann man/frau vieles. Ein kleines Beispiel zur Veranschaulichung: 1992 wurde Levi´s beschuldigt, seine Jeans von immigrierten Chinesen unter sklavenähnlichen Bedingungen herzustellen. Levi´s reagierte auf die Vorwürfe, indem es einen Verhaltenscode unterzeichnete. Dieser Verhaltenscode verpflichtete das Unternehmen, Produktionsstätten auf der Basis von menschlichen Sozial- und Umweltkriterien auszuwählen. Dadurch wurden 5% der Geschäftsbedingungen mit Zulieferern aufgegeben und bei 25% führte der Verhaltenscode zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Der Code von Levi´s ist einer der verbindlichsten, der von einem Unternehmen freiwillig übernommen wurde. Die öffentliche Meinung kann also eine Menge bewirken.

Was aber sollte in einem solchen Verhaltenscode mindestens drinstehen? Die ILO (International Labour Organisation - Internationale Arbeitsorganisation) hat eine Konvention vorgeschlagen, die eigentlich als Sozialklausel in das GATT (General Agreement on Tarifs and Trade) einfließen sollte. Die Punkte waren:

- Freiheit der Zusammenschlüsse
- Recht auf Organisation und Tarifverhandlungen
- Keine Zwangsarbeit
- Keine Kinderarbeit
- Keine Diskriminierung



Leider konnte bis zum heutigen Tag diese Sozialklausel nicht in die Welthandelsordnung miteinfließen. So bleibt der Weg der nichtstaatlichen Initiativen.

So kann es gehen: die Clean Clothes Campaign

Die Clean Clothes Campaign (CCC) fordert Markeninhaber und Einzelhändler auf, einen Verhaltenscode zu unterschreiben, der auf den o.g. ILO-Konventionen beruht. Dabei müssen die Unterschreibenden akzeptieren, daß der Verhaltenscode durch unabhängige Überwachung eingehalten wird. Dafür bekommen die Unternehmen ein Gütesiegel, das die Einhaltung der Menschenrechte am Arbeitsplatz bestätigt. Die CCC sieht sich nicht als Boykottaufruf, sondern als eine Möglichkeit für die Markenführer und Einzelhändler die Arbeitsbedingungen im gesamten Produktionsprozeß zu verbessern. Die CCC hat in Holland angefangen und läuft derzeit in Belgien, Schweden, Spanien, Deutschland, der Schweiz und Italien. In jedem Land gibt es eine Zusammenarbeit mit Gewerkschaften, Verbrauchern, Fair-Handelsorganisationen, Menschenrechts-, Jugend- und Frauenbewegungen. Das Europäische Parlament hat im Mai 1997 die Arbeit der Initiative gelobt und die Komissionen aufgefordert, die Kampagne aktiv zu unterstützen.

Der Ausblick: eine faire Welt

Zugegeben, das Fernziel ist noch weit, doch nicht unerreichbar. Große Bewegungen beginnen mit kleinen Schritten, wir stehen noch am Anfang, und doch kann jeder von uns einen Beitrag dazu leisten!

mf

P.S.: Zum Schluß noch ein Internet-Link - unter www.cleanclothes.org findet Ihr viele Infos zu diesem Thema

„Die Sage von Millennium (junior)"

PAAR WORTE
VON, NACH UND ZUM
EIN ZWEIHERTZNULL-LAUDATUM

von Thanh_Thuan_Nguyen@yahoo.com

Preludium

Seit geraumer Zeit denn nun,
geht sie bei uns um,
psst, die „*SAGE VON MILLENNIUM*",
in allerlei Verpackung, sogar als Torte,
hier dazu auch ein PAAR WORTE:

L'histoire

Des Anfangs Geschicht',
wen wundert's,
es war *einmal*...
um Neunzehnhundert,

Als Millennium senior die Welt erblickte,
leider nur in Schwarz-Weiß entzückte,
zur damal'gen Zeit gab's viel nix und nie,
ganz zu schweigen Farbfotographie,

Lange vor ihm ward die Sintflut,
doch bald und bald flogen die Falken wieder,
zum unzähligen Male auf das Paradies hernieder,

Groß geworden in Zeiten hegemonialer Kriege,
heizte Opa Mille noch mit teuflischer Glut,
versank die Welt fast unter Tränen und Blut,
zweimal übergoß uns also dieses Feuer,
war das Feuerwerk rot, braun und teuer,

Nach halber Zeit zähmte ihn die Einkehr zum Friede,
die Taube wurde flügge, flog hinaus zum Siege,
ein Einzug von Moderne, Fortschritt, Technologie,
der Menschheit ging es so gut wie noch nie,
ist viel los, noch mehr zu tun,
in dieser unserer Gegenwart nun,
so schreiben Bibel, Orakel und Kalender vor,
steht die Geburt von „Millennium junior" bevor,

Welch' Gefühle mag sie uns bereiten,
den Countdown zu beschreiten,
macht es gewiß den einen wwiiirrrr,
ist es des anderen Glücksgeschirr,
ähnlich mancher Einkaufsschlacht,
bei Aldi oder zur Weihnacht',

Schluß, Aus! wie man es sich auch vorstellt,
Millennium ist und bleibt auf einem Feld,
unserer Erde nämlich, des keinen andere Welt,

Wer, wie, was? - Der, Die, Das ...

Das Jahr 2000,
so wohlig rund es klingt,
ob es denn mehr Fried' und Glücke bringt?
ein Jahr, noch mehr Dekaden, vergraut die Töne,
ach nein, Hunderte verblassen nun entschönt,
als sich Millennium bald gekrönt,

Psst, jetzt ganz leis' und sacht,
der alten Zeiten Antik und Schimmer,
sich der Zukunft bahnend vor,
läßt des Weges nun passieren,
die Menschheitsspur zu ihrem nächsten Tor,

Ein Durchgang in ein „Eden" voll Glimmer,
wer dies glaubt, der träumt noch immer,
eins läßt auch weiterhin sich sagen,
dieser Welt gehörig neuen Tagen,
wird uns auch der Alltag wieder plagen,

Doch forte mit dem Pessimissonegativ,
sonst geht wirklich alles schief,
den einen unseren Glauben,
kann nichts und niemand
ent-, weg- und abstauben,
die Welt gehört dem Mutigen,
gestalten wir sie VON, NACH UND ZUM Guten,

Nun zur Botschaft des Gedichts
„wir selbst schreiben die Geschicht'!"
Millennium junior ist noch jung, voller Unschuld,
ruft wie ein Kind nach Liebe, Erziehung, Sorgfalt,
wir haben's in der Hand, uns steht es frei,
- hoffentlich mit Weitsicht und Geduld -
packen wir's, geben wir ihm Gestalt,
auch nicht schlecht für die Zukunft,
vielleicht etwas mehr Herz statt Vernunft?

Laudatum

Seit geraumer Zeit denn nun,
ging es bei euch um,
dies ZWEIHERTZNULL-LAUDATUM,
sodann, fleißige Leut',
ihr habt's vernommen,
PSssst: *MILLENNIUM IST GEKOMMEN!!!*
Liebe Herren, lieb die Damen,
- Amen -



Das letzte Kalenderblatt

dieses Jahrtausends wendet sich nun,
und wir Menschen werden das gleiche tun,
irgendwo zu einer Zeit,
irgendwie das Bisherige überdenken,
um dem Leben,
in Zukunft neue Geschichten zu schenken!

Für uns Menschen,
ist bis dato viel geschehen,
haben Abschnitte passiert, viel gesehen,
auch weiterhin auf neuem Wege,
gibt es viel zu lernen,
wie es ausgeht, liegt an uns,
und nur teils in den Sternen!

Alles Gute fürs Jahr 2000 !! TTN

Cap Arcona-Gedenkveranstaltung

siehe Bauchpresse Nr. 13, Juli 1999

Am **55**. Jahrestag des Bombenangriffs auf die „Cap Arcona" und den Frachter „Thielbeck", bei der über 7.000 ehemalige Häftlinge den Tod fanden, veranstaltet die „AMICALE NATIONALE" (Überlebenden-Organisation des KZ Neuengamme) – wie in jedem Jahr -

am Mittwoch, **3. Mai 2000**
eine Gedenkveranstaltung:

9.30 Uhr Kranzniederlegung im Vorwerker Hafen, Lübeck
14.00 Uhr Gedenkfeier auf dem Cap Arcona-Ehrenfriedhof in Neustadt

Bisher haben 200 Überlebende und deren Angehörige aus Belgien, Frankreich, den Niederlanden, Polen, Ukraine, Rußland und anderen Ländern ihr Kommen zugesagt.

Für Studierende und Mitarbeiter der MUL wird eine Mitfahrgelegenheit organisiert werden (eventuell Bus?). Interessierte wollen sich bitte rechtzeitig in eine Liste im ASTA eintragen.

**„*Ummera, Ummera - sha.*
Mut, Mut, mein Freund -
finde Deinen Mut
und halte ihn lebendig.“**

Ruandisches Sprichwort